

614.532

PRAT

S

e1

**STUDI FAKTOR-FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL
SEBAGAI BAHAN PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS
GERAKAN BERANTAS KEMBALI (GEBRAK) MALARIA
DI KAMPUNG LAUT KABUPATEN CILACAP**

Tesis

**Diajukan untuk memenuhi sebagian
Syarat guna memperoleh derajat
Magister Kesehatan**



Oleh :

NAMA : HADI PRATJOJO

NIM : E4A099012

Administrasi Kebijakan Kesehatan

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
S E M A R A N G
2001**

DIPT. KESKATAK. INDIA

PENGESAHAN TESIS.

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**“STUDI FAKTOR-FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL SEBAGAI BAHAN
PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS GERAKAN BERANTAS KEMBALI
(GEBRAK) MALARIA DI KAMPUNG LAUT KABUPATEN CILACAP”.**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama mahasiswa : Hadi Pratjojo
NIM : E4A099012
Konsentrasi : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji pada tanggal 30 Nopember 2001 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Mengetahui

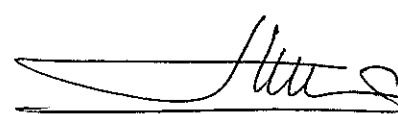
Pembimbing Utama


Dr. Anneke Suparwati MPH


Pembimbing Anggota


dr Budihardja MPH.DT&MH

Penguji


Dr. M. Sakundarno Adi MS

Penguji


Suwandi Sawadi SKM.MKes

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat



ABSTRACT

Title : STUDI FAKTOR-FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL
SEBAGAI BAHAN PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS
GERAKAN BERANTAS KEMBALI (GEBRAK) MALARIA DI
KAMPUNG LAUT KABUPATEN CILACAP.
Literature : 324
Page : 143
Keyword : Building linkages – partnership – capacity building.

Nowadays many people have forgotten about Malaria, so that epidemic potential malaria trends to appear again in every where (*re-emerging diseases*). It break up economic risk such as decreasing productivity, abscency and also tourism sector. To anticipate all the things above, so a global commitment was formed to fight malaria with the Roll Back Malaria (RBM) action with partnerity propping strategy. In Indonesia, this action was adopted into Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak – Malaria). In Cilacap regency was a model of Malaria Control Programme which represent the middle part of Indonesia that have a malarious problem area, it often a rouses malaria outbreaks.

They were Kampung Laut in Kawunganten district and Jetis in Nusawungu district. Handling the environment problem that was very suitable as a breeding places for *An sundaicus* the dominant vector for malaria infection in Kampung Laut. To handling environmental problem can't be done by health sector, but it needs partnership with other sectors.

This research intends to identify External and Internal factors as a evidence base to arranging Strategic Planning of malaria fighting in Kampung Laut. It needs an External (Stake-Holder) and Internal (Health Sector) analysis including knowledge, attitude and practice/behaviour of Kampung Laut society in malaria programme. As primary data (qualitative and quantitative) which came from Internal and External factors of depth interview were obtained. KAP survey of Kampung Laut society was obtained from survey using closed questionair in village Ujung Alang (4 sub village with bulge malaria problem) : Motean, Klaces, Mangunjaya and Sidamulya as Purposive Sampling, whereas its respondent was obtained randomized sampling. Secondary data which was obtained came from Health Sector also the linkage institutions by examining the exist documents.

The type of the used research is descriptive with content analysis by using SWOT analysis (Strength, Weaknesses, Opportunity, Threatening) from External dand Internal factors. The weighting results and the factors – two scoring pointed out that position or RBM was in the second quandrant (Weaknesses – Opportunity). It means that RBM should work hard to over come the weaknesses, and then use strengthening to achieve opportunity (turn-over strategy).

The appeared Issues Strategy is : it was like the political will or political commitment, partnership to handling envoronmental problem, knowledge and

positive attitude of Kampung Laut society about remedy of the executing malaria control programme.

Grand Strategies that will be executed are advocacy, capacity building , social empowerment, building linkages, professionalism, desentralization, technical assistance and monitoring/evaluation.

The executing operational strategies are advocacy for recruitment 5 person to be civil government, building linkages to conduct midterm meeting review, capacity building in health sector, cross notification/information, migration surveillance, and Chloriquine effication test as soon as possible.

Weaknesses of health sector and "Gebrak Malaria" have positive respons by Stake Holder (Dinas Perikanan, Pertanian, PMO, NGO)

Recommendation stand by funds must be prepared, advocacy to donor agency (SEARO, ROTARY CLUB, etc).

The environmental development at Kampung Laut areas whould not be "Man Made Breeding Places", to carry out chloroquine efficacy test and conducted midterms meeting review for monitoring and evaluation.

ABSTRAK

Judul : STUDI FAKTOR-FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL SEBAGAI BAHAN PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS GERAKAN BERANTAS KEMBALI (GEBRAK) MALARIA DI KAMPUNG LAUT KABUPATEN CILACAP.

Pustaka : 34

Jml. Hal. : 143

Kata kunci : Building linkages – partnership – capacity building.

Dewasa ini penyakit Malaria sudah banyak dilupakan orang, sehingga penyakit malaria dimana – mana cenderung muncul kembali (*re-emerging diseases*) yang berpotensi wabah. Penyakit malaria menimbulkan dampak ekonomi seperti menurunkan produktifitas kerja, absensi, serta sektor pariwisata. Untuk mengantisipasi hal tersebut diatas, maka terbentuklah suatu komitmen global untuk memberantas malaria dengan gerakan *Roll Back Malaria* (RBM) dengan strategi penggalangan kemitraan. Di Indonesia gerakan ini diadopsi menjadi Gerakan Berantas Kembali (Gebrak Malaria).

Kabupaten Cilacap adalah merupakan model Gebrak Malaria yang mewakili Indonesia bagian tengah yang mempunyai daerah bermasalah malaria yang sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (*Out break*) yaitu Kampung Laut dan Kecamatan Nusawungu. Untuk menangani masalah lingkungan (*environment*) yang sangat cocok bagi berkembang biakan nyamuk *An. sundaicus* merupakan faktor dominan dalam penularan malaria di Kampung Laut. Untuk menangani masalah lingkungan tidak bisa dikerjakan oleh sektor kesehatan sendiri, namun perlu bermitra dengan sektor lain. Dalam penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor internal dan eksternal sebagai bahan informasi (*evidence base*) dalam penyusunan perencanaan strategis pemberantasan malaria di Kampung Laut. Untuk itu perlu analisa faktor internal (kesehatan) dan eksternal (*Stake Holder*) termasuk pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Kampung Laut dalam program pemberantasan malaria. Sebagai data primer diperoleh data kualitatif maupun kuantitatif yang berasal dari *indepth interview* faktor internal (kesehatan) serta faktor eksternal. Survei pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Kampung Laut diperoleh dari survei dengan menggunakan kuesioner tertutup di desa (Ujung Alang) di 4 grumbul dengan masalah malaria yang menonjol yaitu Grumbul Motean, Klaces, Mangunjaya dan Sidamulya. (*Purposive sampling*) sedangkan respondennya diperoleh secara random. Untuk memperoleh data sekunder berasal dari sektor kesehatan serta instansi yang terkait dengan meneliti dokumen-dokumen yang ada.

Jenis penelitian yang digunakan adalah diskriptif, sedangkan analisa yang dipakai adalah analisa isi (*content analysis*) dengan menggunakan analisa SWOT (*Strength, Weaknesses, Opportunity, Treat*) dari faktor internal maupun eksternal. Hasil *weighting* dan *scoring* faktor-2 tersebut ternyata posisi organisasi *Roll Back Malaria* berada pada kuadran II (*Weaknesses – Opportunity*) artinya bahwa RBM

harus bekerja keras dalam mengatasi *weaknesses* untuk meraih *opportunity* (*strategy turn - over*) artinya setelah bisa mengatasi kelemahan kemudian memakai *strengthening* untuk meraih *Opportunity*.

Strategic Issue yang timbul yaitu : adanya komitmen politis, keterpaduan kemitraan dalam menangani masalah lingkungan, pengetahuan dan sikap masyarakat yang positif tentang upaya *Malaria Control Programme* yang dijalankan.

Grand Strategy yang akan dilaksanakan adalah : *advocacy, capacity building, social empowerment/support, building linkage, professionalism, decentralization, technical - assistance dan monitoring/evaluation.*

Operational Strategy yang dijalankan adalah : *advocacy, building linkages, capacity building, cross-notification/information, surveillance, dan Chloroquine resistance test.*

Kesimpulan dari penelitian tersebut adalah : adanya keterbatasan pada sektor kesehatan, respons positif dari *Stake Holder, Stake Holder potensial* adalah Dinas Perikanan, Pertanian, PMO dan YSBS. Saran-saran yang diberikan pada Pemerintah Kabupaten Cilacap adalah : agar dijadikan komitmen politis yang kuat, *advocacy/social marketing, malaria awareness, penambahan 5 JMD baru serta reward system, pertemuan serta Monev.* Untuk sektor kesehatan adalah : *capacity building, penyuluhan, cross-notification/ information system, Chloroquine Effication Test* serta penelitian lain yang berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Keterangan perorangan.

- | | | |
|---------------------------|---|----------------------------|
| a. Nama lengkap | : | Hadi Pratjojo |
| b. N I P | : | 140099559 |
| c. Pangkat/Golongan | : | Pengatur Tk.I (III/c). |
| d. Tempat, tgl lahir/umur | : | Rembang, 26 Pebruari 1954. |
| e. Jenis kelamin | : | Laki-laki |
| f. A g a m a | : | Islam |
| g. Status perkawinan | : | kawin |
| h. Alamat rumah : | | |
| 1). Jalan | : | Sidomukti X/13 Tlogosari |
| 2). Kelurahan/Desa | : | Muktiharjo Kidul |
| 3). Kecamatan | : | Pedurungan |
| 4). Kabupaten/Kota | : | Kota Semarang |
| 5). Propinsi | : | Jawa Tengah |

2. Riwayat Pendidikan

- a. Sekolah Dasar (SD) Negeri III Rembang lulus tahun 1967
- b. Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri I Rembang lulus tahun 1969
- c. Sekolah Menengah Atas (SMA) Negeri III Madiun lulus tahun 1972.
- d. Akademi Penilik Kesehatan Depkes Jakarta lulus tahun 1979.
- e. Program Studi Kesehatan Masyarakat (PSKM) - UNDIP Semarang
Lulus tahun 1989.

3. Riwayat Pekerjaan.

- a. Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang (Sulsel) tahun 1980 – 1984.
- b. Staf Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 1984 s/d sekarang.

4. Riwayat organisasi.

- | | | | |
|-----------|---------|-------------------|----------|
| a. Korpri | anggota | 1980 s/d sekarang | Semarang |
| b. IAKMI | anggota | 1989 s/d sekarang | Semarang |
| c. HAKLI | anggota | 1980 s/d sekarang | Semarang |

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan pada Allah Yang Maha Kuasa atas limpahan berkah serta rahmatNya sehingga bisa tersusun tesis ini dengan judul : “ **STUDI FAKTOR-FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL SEBAGAI BAHAN PENYUSUNAN RENCANA STRATEGIS GERAKAN BERANTAS KEMBALI (GEBRAK) MALARIA DI KAMPUNG LAUT KABUPATEN CILACAP**”.

Tesis ini disusun dalam rangka untuk memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai derajat Magister Kesehatan pada Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dengan konsentrasi : Administrasi Kebijakan Kesehatan.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya pada yang terhormat :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah
2. Dr. Anneke Suparwati, MPH selaku Pembimbing I
3. Dr. Budihardja, MPH, DT&MH selaku Pembimbing II
4. Dr. Sakundarno Adi, MS selaku Penguji
5. Suwandi Sawadi, SKM.Mkes selaku Penguji
6. Dr. Ludfi Santoso DT&MH selaku Pre-reviewer
7. Para Dosen Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat UNDIP
8. Para teman-teman mahasiswa Magister IKM-UNDIP.

9. Para Karyawan/i Magister IKM-UNDIP.

Yang telah memberi kesempatan, semangat, dorongan, arahan serta bimbingan sehingga tesis ini selesai. Tak lupa terima kasih yang setinggi-tingginya pada istri tercinta serta anak-anakku Antok dan Ita yang telah memberi dorongan serta semangat kepada bapaknya untuk menyelesaikan Program Pendidikan .

Semoga Allah yang Maha Kuasa selalu membimbing dan melindungi kita semua. Amin.

Semarang, Oktober 01.

Penulis

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan Lembaga pendidikan lainnya.

Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan didalam tulisan di Daftar Pustaka.

Semarang, 1 Desember 2001

Hadi Pratjojo

DAFTAR ISI

	Halaman
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
1 Permasalahan Penelitian.....	8
2 Manfaat Penelitian.....	9
3 Tujuan Penelitian.....	9
4 Ruang Lingkup penelitian	11
5 Keaslian Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perencanaan Strategis.....	13
1. Arti Perencanaan Strategis	13
2. Visi dan misi Organisasi	18
3. Tujuan Organisasi	19
4. Sasaran Organisasi	20
5. Program Operasional Organisasi	22
6. Faktor-faktor Kunci Keberhasilan Organisasi	25
B. Epidemiologi Malaria.....	32
1. Host (pejamu)	33
2. Agen Penyebab	34
3. Lingkungan (environment)	35

C. Konsep perilaku kesehatan	38
D. Gebrak Malaria.....	4
E. Pengembangan kemitraan.....	51
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	64
A. Kerangka konseptual penelitian.....	64
B. Jenis dan sifat penelitian.....	66
C. Subyek dan metode pengumpulan data	67
D. Metode Pengumpulan Data	69
E. Rencana Jalannya penelitian.....	72
F. Tahap Analisa data	72
BAB IV HASIL PENELITIAN	77
A. Profil Kabupaten Cilacap.....	77
B. Analisa faktor internal	86
C. Analisa faktor eksternal	92
BAB V PEMBAHASAN	109
A. Analisa Situasi	109
B. Identifikasi Faktor Internal dan Eksternal	108
C. Analisa Faktor Internal	113
D. Analisa Faktor Eksternal	120
BAB VI Kesimpulan dan Saran.....	136
A. Kesimpulan	137
B. Saran-Saran	138
DAFTAR PUSTAKA	140

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Peta Kabupaten Cilacap
- Lampiran 2 Peta Endemisitas malaria di Kabupaten Cilacap
- Lampiran 3 Peta Perindukan Nyamuk Malaria
- Lampiran 4 Foto Tambak Terlantar di Kampung Laut
- Lampiran 5 Instrumen Pengumpulan Data
- Lampiran 6 Situasi Kepegawaian pada Sektor Kesehatan Kabupaten Cilacap
- Lampiran 7 Pohon masalah yang dibuat dalam Pertemuan Gebrak Malaria
- Lampiran 8 Struktur Organisasi Din Kessos Kabupaten Cilacap
- Lampiran 9 Tabel Pengobatan Malaria
- Lampiran 10 Perhitungan Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Dewasa ini penyakit malaria masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dunia dan masih merupakan penyakit endemis di 103 negara termasuk Indonesia ¹⁾. Penyakit ini sangat mempengaruhi angka kematian bayi dan balita, ibu melahirkan, menurunkan produktifitas kerja serta dampak ekonomi termasuk pariwisata. Menurut *World Health Organization* (WHO) diperkirakan sekitar 36 persen penduduk dunia terkena resiko malaria ²⁾.

Pada beberapa tahun terakhir ini di beberapa negara penyakit malaria muncul kembali (*re-emerging diseases*) dan menunjukkan kecenderungan terjadinya kenaikan kasus serta kejadian luar biasa (KLB). Diberbagai wilayah telah terjadi pergeseran pola epidemiologis dengan distribusi penyakit malaria secara fokal yang berbeda dengan pola sebelum program eradikasi pada tahun 1954 ³⁾. Pergeseran ini disebabkan oleh karena adanya perubahan faktor lingkungan dan perilaku masyarakat antara lain adanya pemukiman baru, pertambangan, sistem irigasi, industri, dan migrasi yang sangat berpengaruh terhadap pola epidemiologis malaria tersebut.

Di Indonesia hampir 70 juta penduduk atau sekitar 35% dari jumlah penduduk tinggal di daerah beresiko malaria, dan pada tahun 1999 lebih dari 3 juta penderita malaria klinis dengan 300 kematian dilaporkan melalui unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas), padahal menurut

prakiraan WHO bahwa di Indonesia secara keseluruhan setiap tahunnya terdapat lebih dari 6 juta penderita malaria dengan jumlah kematian sekitar 700-an orang ⁴⁾. Sejak tahun 1995 sampai dengan tahun 2000 telah terjadi kecenderungan peningkatan kasus malaria secara bermakna dan wilayah/kawasan yang mempunyai insidensi tinggi ditemukan dikawasan timur Indonesia ²⁾.

Situasi penyakit malaria di Jawa - Bali (kecuali DKI) yang diukur per 1000 penduduk sejak 3 tahun belakangan ini menunjukkan adanya peningkatan bermakna dari 0.12 kasus malaria pada tahun 1997 meningkat menjadi 0.38 kasus pada tahun 1999 yang sebagian besar kasus malaria tersebut ditemukan di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu di Kabupaten Kulon Progo (kawasan Bukit Menoreh) dengan 3.5 kasus. Di Jawa Tengah mempunyai 11 Kabupaten bermasalah malaria dengan Kabupaten Purworejo yang mempunyai insidensi tertinggi, sedangkan Propinsi dengan insidensi terendah yaitu di Propinsi Bali (0.2. per 1000 penduduk) ²⁾.

Diluar Jawa - Bali dilaporkan dari 1.6 kasus klinis tahun 1997 meningkat menjadi 2.5 per 1000 penduduk pada tahun 1999 Kasus tertinggi pada tahun 1999 di propinsi Nusa Tenggara Timur (16.2 kasus per 1000 penduduk) dan yang terendah di propinsi Sumatra Barat (2.5 per 1000 penduduk).

Data kasus malaria terakhir di Indonesia pada tahun 1999 mempunyai angka kesakitan 1.09 per 1000 penduduk atau meningkat 10 kali lipat bila dibanding dengan tahun 1995 ²⁾. Upaya pengendalian penyakit malaria yang

dijalankan selama ini masih terlalu menekankan pada satu teknologi penyemprotan insektisida saja dan kurang memperhatikan aspek penggalangan kemitraan dalam penanganan faktor lingkungan sehingga usaha tersebut terbukti tidak mampu mengatasi masalah malaria.

Menghadapi situasi demikian, maka oleh Badan Internasional seperti WHO, Bank Dunia, UNICEF, dan UNDP pada bulan Oktober tahun 1998 membuat suatu komitmen global untuk membantu negara negara anggotanya dalam meningkatkan upaya pemberantasan malaria yang dikenal dengan gerakan *Roll Back Malaria* (RBM) . Di Indonesia gerakan tersebut diadopsi menjadi Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) yang dicanangkan pada tanggal 8 April 2000 yang merupakan program prioritas dengan komitmen politis yang kuat pada tingkat nasional maupun lokal. Upaya tersebut berupa strategi penggalangan jejaring kemitraan dengan seluruh komponen masyarakat dalam upaya memberantas malaria.

Suatu strategi global WHO dalam menurunkan kasus malaria dalam kaitan dengan manusia dan peningkatan derajat kesehatan meliputi beberapa elemen antara lain :

Evidence base decision, diagnosa dan pengobatan tepat, pencegahan melalui beberapa cara, penelitian dan pengembangan kegiatan yang selaras serta terintegrasi dalam membangun gerakan global yang dinamis.

Berbagai upaya pencegahan maupun pemberantasan selama ini telah banyak diupayakan, namun hasilnya masih belum memuaskan. Hal ini terjadi disebabkan karena pola penanganan lingkungan masih dilakukan oleh sektor

kesehatan sendiri dan belum banyak melibatkan sektor lain. Faktor lingkungan masih dominan dalam penyebaran penyakit malaria seperti akhir-akhir ini yang terjadi di Kampung Laut Kabupaten Cilacap. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bersama-sama Pemerintah Indonesia telah memilih tiga kabupaten percontohan dalam melaksanakan upaya pemberantasan malaria yaitu di Kabupaten Riau Kepulauan (Propinsi Riau) mewakili Indonesia bagian barat, Kabupaten Cilacap (Propinsi Jawa Tengah) mewakili Indonesia bagian tengah dan Kabupaten Lombok Barat (Propinsi Nusa Tenggara Barat) mewakili Indonesia bagian timur ²⁾.

Masalah penyakit malaria di Kabupaten Cilacap sebenarnya bukan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius kecuali di Kampung Laut (3 desa) dan Kecamatan Nusawungu (1desa). Kabupaten Cilacap secara geografis merupakan wilayah pantai dengan vektor *An. sundaicus* yang banyak terdapat di tambak-tambak, lagun dan persawahan pasang surut yang berair payau. Di Kabupaten Cilacap ada 6 desa HCI (*high case incidence*) dengan 24.000 penduduk, 8 MCI (*moderate case incidence*) dengan 30.000 penduduk dan 269 desa LCI (*low case incidence*) dengan 1.589.000 penduduk. Peningkatan malaria di Kabupaten Cilacap ini bisa dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 1.1.

**Situasi penyakit Malaria di Kabupaten Cilacap
tahun 1996 s/d 2000.**

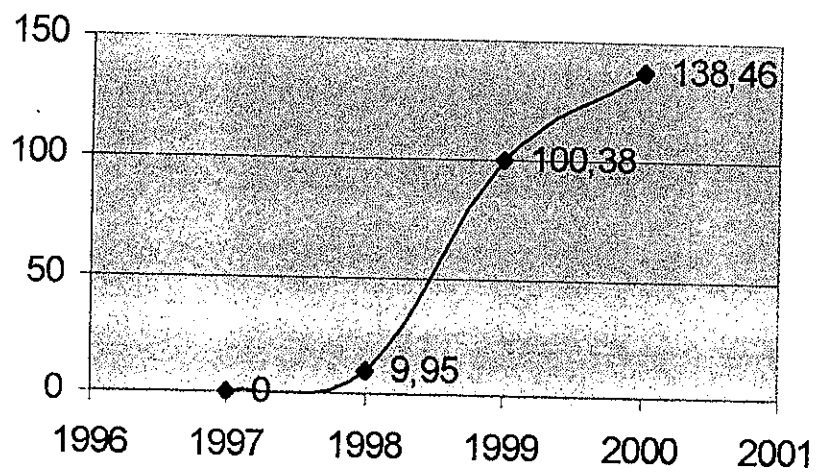
Tahun	Kasus	API/1000	SPR	Pf (%)	ABER (%)
1996	28	0.02	0.11	28.75	1,5
1997	8	0.005	0.05	25.00	0,9
1998	134	0.08	1.70	97.01	0,5
1999	1557	0.95	11.34	80.67	0,8
2000	1375	0.84	14.63	37.67	0,6

Sumber : Dinkes Kabupaten Cilacap.

Kampung Laut pada tahun 1984 telah terjadi KLB malaria . Selama tahun 1984 sampai dengan tahun 1985 dilaporkan 3967 positif dengan 121 kematian⁶⁾. Sejak lima tahun terakhir ini dilaporkan telah terjadi kembali penyakit malaria dan terjadi peningkatan secara bermakna yang selama delapan tahun belakangan ini sudah dianggap aman⁵⁾.

Insidensi malaria di Kampung Laut selama lima tahun belakangan ini terlihat adanya kecenderungan peningkatan secara tajam yang bisa dilihat pada grafik dibawah ini :

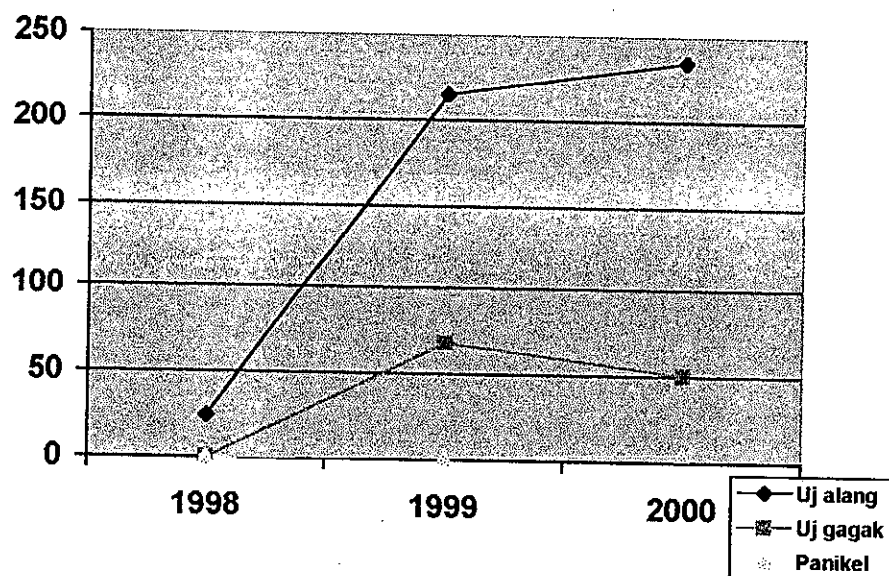
Grafik. 1.1



**Insidensi Malaria tahun 1996 s/d 2000
di Kampung Laut Kabupaten Cilacap**

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap

Grafik 1.2.



**Situasi Malaria per Desa di Kampung Laut
Tahun 1998 - 2000**

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada tahun 1998 terjadi KLB di Ujung Alang dan pada tahun 1999 menyebar ke Ujung Gagak dan Panikel. Total kasus sejak tahun 1998 s/d 1999 terdapat 2787 positif dan 2 penderita diantaranya meninggal dunia. Tahun 2000 diantara 2415 positif malaria 2149 diantaranya berasal dari Kampung Laut (89%). Desa Ujung Alang merupakan desa yang mempunyai insidensi tertinggi selama 3 tahun belakangan ini. Demikian pula pada tahun 2001 (sampai dengan minggu ke-36 bulan September) desa Ujung Alang mempunyai kasus malaria tertinggi . Bila dianalisa per grumbul (dukuh) , maka kasus tertinggi di grumbul Klaces (518), Klapakerep (266), Sidamulya (230) dan Motean (144) dengan MOPI (*monthly parasite incidence*) tertinggi dibanding dengan kedua desa tersebut. Penyebab terjadinya KLB malaria tersebut karena adanya perubahan lingkungan yang berupa tambak-tambak yang terbengkalai, kasus impor dari wilayah Jawa Barat yang tidak terdeteksi, dan perilaku masyarakat yang tidur larut malam serta mencari ikan pada malam hari sehingga terpapar terhadap penularan malaria. Upaya untuk mengoperasionalisasi Gebrak Malaria di Kampung Laut Pemerintah Kabupaten Cilacap telah membentuk Satuan Tugas (Satgas) Malaria secara Lintas Program /Sektor, Badan-badan Sosial, dunia usaha, dan organisasi profesi untuk memperbaiki lingkungan, memberdayakan masyarakat guna memperbaiki tambak-tambak, persawahan air payau serta penanaman kembali hutan bakau dengan maksud untuk membatasi perindukan vektor malaria. Oleh karena adanya keterbatasan pemerintah kabupaten Cilacap pembuatan rencana strategis gebrak malaria

tidak berdasarkan evidence base namun hanya berdasarkan kira-kira, untuk maka renstra yang dibuat akan diteliti sesuai dengan evidence base yang ada. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu adanya perencanaan strategis dan perencanaan operasional yang dikoordinasikan oleh Pemerintah Kabupaten dengan penggalangan kemitraan dengan sektor terkait bersama masyarakat.

1.1. Permasalahan Penelitian .

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka dapat disusun suatu perumusan masalah penelitian sebagai berikut :

- a. Apakah gambaran faktor lingkungan internal yang berupa kekuatan (*strength*) dan kelemahan (*weaknesses*) dari sektor kesehatan yang meliputi faktor SDM (Sumber Daya Manusia), dana, sarana, lintas program, kepatuhan petugas pada pedoman, organisasional dalam mendukung program Gebrak Malaria ?
- b. Apakah gambaran faktor lingkungan eksternal yang berupa peluang (*opportunity*) dan ancaman (*threats/challenges*) berupa dukungan , peran, dan sumber daya *Stake holder* (lintas sektor, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dunia usaha, organisasi profesi) dan harapan/tuntutan serta pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Kampung Laut tentang upaya pemberantasan malaria ?
- c. Bagaimanakah issue utama dan pemilihan strategi sebagai informasi / *evidence base* dalam penyusunan perencanaan strategis Gebrak Malaria oleh Pemerintah Kabupaten Cilacap di Kampung Laut ?

1.2. Manfaat penelitian :

Penelitian ini diharapkan bisa bermanfaat sebagai gambaran/ informasi serta bahan masukan bagi :

a. Pemerintah Kabupaten

Diharapkan bisa sebagai bahan masukan /informasi (teknis maupun administratif), mengidentifikasi mitra potensial yang bermanfaat untuk menyusun perencanaan strategis Gebrak Malaria di Kampung Laut.

b. Sektor ilmu pengetahuan .

Diharapkan sebagai bahan informasi atau *evidence base* awal mengenai konsep pembangunan kemitraan yang dijalankan dalam rangka pelaksanaan Gebrak Malaria di Kabupaten Cilacap yang diharapkan bisa diteliti kembali yang lebih luas dan mendalam tentang model atau konsep pelaksanaan kemitraan yang cocok dalam upaya pemberantasan malaria di Kampung Laut.

c. Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap.

Sebagai bahan pembelajaran organisasi (*learning organization*) dan linkage antar program.

1.3 Tujuan Penelitian

- a. Tujuan umum penelitian ini adalah teridentifikasi serta diperolehnya informasi sebagai *evidence base* dari faktor lingkungan internal dan eksternal yang berguna dalam penyusunan

Rencana Strategis Gebrak Malaria di Kampung Laut Kabupaten Cilacap oleh Pemerintah Kabupaten Cilacap.

- b. Tujuan khusus penelitian adalah untuk :
- 1). Kekuatan dan kelemahan dari faktor lingkungan internal yang meliputi **input** (tenaga, dana, sarana, lintas program, kepatuhan petugas pada pedoman /standar operasional baku, serta aspek organisasional), **proses** (operasionalisasi /pelaksanaan program) dan **output** (hasil maupun cakupan program)
 - 2). Peluang dan ancaman/tantangan dari faktor lingkungan eksternal (*Stake Holder*) yang berupa peran, dukungan, dan sumber daya yang ada pada *Stake Holder* .Disamping itu teridentifikasinya pengetahuan, sikap, perilaku serta tuntutan /harapan masyarakat Kampung Laut dalam mendukung pelaksanaan/operasionalisasi Gebrak Malaria
 - 3). Diperolehnya informasi *Stake Holder* yang potensial, dan kurang potensial serta yang menghambat dalam pelaksanaan Gebrak Malaria di Kampung Laut.
 - 4). Teridentifikasinya kontribusi *Stake Holder* dalam pelaksanaan Gebrak Malaria.
 - 5). Teridentifikasinya karakteristik *Stake Holder* yang berhubungan dengan pelaksanaan Gebrak Malaria.

1.4. Ruang lingkup penelitian

- a. Keilmuan/pengetahuan adalah administrasi kesehatan masyarakat, manajemen, ilmu perilaku perencanaan strategis, serta penyakit malaria.
- b. Metoda yang dipakai untuk memperoleh data primer adalah survai dan observasi serta analisa data sekunder selama 5 tahun (1996 s/d 2000)
- c. Waktu pelaksanaan survai dilakukan pada bulan Juni sampai dengan Juli 2001.
- d. Lokasi survai dilakukan di kota Cilacap dan desa. Ujung Alang Kampung Laut (3 grumbul/dukuh dengan masalah malaria tinggi).

1.5. Keaslian penelitian.

Telah banyak penelitian mengenai rencana strategis dan penelitian mengenai upaya pemberantasan malaria baik yang bersifat medis teknis, epidemiologis, managerial, eksperimental, maupun pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang malaria misalnya Penelitian tentang Pemakaian Kelambu Celup (Masruchi, 1996), Kepatuhan Berobat Pasien Malaria (Ninuk Sri Hartini, 1991), Indikator Entomologis (Gambiro, 1999), Evaluasi Proses Pelaksanaan Program Malaria di Puskesmas Endemis di Purworejo (Ngestiono, 1999), Peningkatan Pengaruh Supervisi dan Prosedur Kerja Program Malaria pada Puskesmas HCI di Jepara (Goenawan Waluyo, 1997), Analisis Kelayakan Pendirian S-1 FKM dengan Pendekatan Rencana Strategis di

Propinsi Irian Jaya (AL. Rante Tampang, 1999), serta Perumusan Perencanaan Strategis Pada BLK- Bandar Lampung (Haris Kadarusman, 1999). Penelitian Perencana Strategis Gebrak Malaria belum pernah dilakukan, mengingat penganangannya baru dilaksanakan pada tahun 2000.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perencanaan Strategis

1. Arti Perencanaan Strategis

Definisi perencanaan strategis menurut Trisnantoro (1998) yang artinya bahwa merupakan analisis rasional tentang kesempatan (*opportunity*) yang ditawarkan oleh lingkungan, kekuatan dan kelemahan (*strength dan weaknesses*) perusahaan atau organisasi dengan memilih strategi yang cocok dengan kesempatan, kekuatan/kelemahan dari organisasi tersebut ²¹⁾. Definisi lain menurut GA. Steiner dan John B. Miner menyatakan bahwa perencanaan strategis adalah proses pemilihan tujuan organisasi, penemuan strategi, kebijakan serta program program strategis yang diperlukan dalam mencapai tujuan, penetapan metoda yang diperlukan untuk menjamin bahwa strategi dan kebijakan yang telah ditetapkan ²³⁾.

Dari ketiga pengertian tadi bisa dikatakan bahwa perencanaan strategis adalah :

- a. Merupakan perencanaan yang memperhitungkan langkah langkah yang akan diambil atau diantisipasi oleh seorang manager sebagai reaksi terhadap berbagai reaksi terhadap berbagai sebab sepanjang masa yang akan dilalui oleh organisasi tersebut.
- b. Merupakan suatu proses perencanaan yang dimulai dengan menggariskan sasaran organisasi, merumuskan strategi / kebijakan serta mengembangkan

rencana secara terinci sesuai dengan strategi yang telah dirumuskan dalam mencapai tujuan organisasi.

- c. Suatu perencanaan yang memerlukan suatu kebiasaan dan keharusan dari pelaku organisasi untuk bekerja berdasarkan prakiraan yang akan terjadi untuk masa depan. Dengan kata lain bahwa ada suatu kebulatan tekad yang terintegrasi untuk merencanakan secara sistimatis dan terstruktur/terencana serta teratur yang merupakan bagian yang integral dari kehidupan suatu organisasi.
- d. Merupakan suatu sistem perencanaan strategis formal akan mengkaitkan ketiga jenis perencanaan sekaligus yaitu perencanaan jangka pendek, anggaran jangka menengah pendek dan perencanaan operasional.

Menurut Burhan (1994) bahwa untuk memahami definisi perencanaan strategis harus ditelaah terlebih dahulu tentang : keputusan sekarang yang menyangkut masa depan , merupakan suatu proses, suatu sikap dan, merupakan kaitan antara rencana jangka pendek, menengah serta jangka panjang termasuk rencana anggaran dan operasional¹⁶⁾. Proses perencanaan strategis dikatakan berhasil antara lain harus mendapatkan dukungan dari unsur pimpinan, bersifat partisipatoris, fleksibel, realistis dan mampu mendiagnosa lingkungan internal maupun eksternal .

Tujuan perencanaan strategis menurut Kotler (1987) adalah untuk membentuk dan menyempurnakan produk/jasa suatu organisasi agar berhasil mendapatkan keuntungan, bisa tumbuh kembang dalam mempertahankan

kesesuaian strategis antara tujuan organisasi termasuk sumber dayanya dengan peluang pasar yang dinamis.

Ciri ciri suatu perencanaan strategis menurut Ansoff (1980) adalah : ¹⁶⁾

- a. Mampu mengidentifikasi serta pemecahan suatu issue strategis
- b. Menekankan pada kondisi lingkungan internal maupun eksternal organisasi
- c. Mengumpulkan suatu versi yang diidealkan oleh organisasi atau yang disebut “visi keberhasilan” yang lebih bersifat kualitatif.
- d. Lebih berorientasi pada tindakan. (*action*)

Suatu pendekatan perencanaan strategis akan melalui proses yang meliputi penyusunan kebijakan dengan arah yang luas, penilaian internal dan eksternal, pendekatan kepada *Stake Holder*, identifikasi issue penting, pengembangan strategi, pembuatan keputusan, tindakan, serta pemantauan dan penilaian.

Suatu perencanaan strategis adalah merupakan proses secara sistematis yang berkesinambungan dari pembuatan keputusan yang beresiko dengan memanfaatkan sebanyak-banyaknya pengetahuan antisipatif, mengorganisir secara sistematis usaha-usaha melaksanakan keputusan tersebut serta mengukur hasilnya melalui umpan balik yang terorganisasi dan sistematis.

Untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas program serta mampu eksis dan unggul dalam persaingan yang semakin ketat diberbagai lingkungan yang cepat berubah, maka suatu organisasi harus terus menerus melakukan perubahan kearah perbaikan. Perubahan tersebut harus disusun dalam suatu tahapan yang konsisten dan berkesinambungan sehingga bisa meningkatkan akuntabilitas dan kinerja yang berorientasi pada hasil (*result*)

- a. Perubahan yang dilakukan antara lain mencakup rekayasa ulang (*re-engineering*), restrukturisasi, kualitas program (*quality program*), penggabungan (*mergers and acquisition*), perubahan strategi (*strategic change*) dan perubahan budaya (*cultural change*). Suatu pernyataan strategi akan menggambarkan bagaimana setiap isu strategis akan dipecahkan. Perwujudan strategi ini dibentuk suatu rencana induk (*master plan*) yang komprehensif yang menyatakan bagaimana organisasi tersebut akan mencapai misi serta tujuannya. Strategi tersebut memaksimalkan keunggulan kompetitif (*competitive advantages*) dan meminimalkan kelemahan kompetitif (*competitive disadvantages*). Organisasi tersebut harus mengenali dan menghadapi secara efektif perubahan lingkungan yang cepat dan terus menerus.

Menurut Sumengen Sutomo (2001) dalam tahapan perencanaan strategi adalah :

- a. Menyiapkan rencana (*Plan to plan*)
- b. Mengadakan analisis situasi
- c. Menentukan misi, visi dan nilai (*value*)
- d. Merumuskan strategi
- e. Mengembangkan program
- f. Pelaksanaan
- g. Review dan penilaian
- h. Pembelajaran dan pemikiran strategi.

Suatu perencanaan strategis diperlukan pada suatu organisasi dengan alasan sebagai berikut :

- a. Diperlukan untuk merencanakan perubahan dalam lingkungan yang cepat berubah dan semakin kompleks.
- b. Diperlukan untuk pengelolaan pencapaian keberhasilan.
- c. Berorientasi masa depan
- d. Bersifat adaptif dan fleksibel
- e. Berorientasi pada pelayanan prima (*service excellence*)
- f. Meningkatkan komunikasi.

Ruang lingkup suatu perencanaan strategis bisa berupa perencanaan taktis (1-5 tahun), perencanaan jangka panjang (5-25 tahun) serta pemikiran strategis. Suatu perencanaan taktis berguna untuk melihat performa suatu organisasi, perencanaan jangka panjang untuk melihat posisi organisasi dan pemikiran strategis untuk melihat suatu perspektif organisasi. Suatu perencanaan taktis bisa dibuat berdasarkan analisa dari suatu *evidence base*, sedangkan perencanaan jangka panjang dan pemikiran strategis lebih bersifat intuitif. Suatu pemikiran strategis bisa bersifat individual yaitu penerapan pertimbangan berdasarkan pengalaman dan bagi organisasi merupakan koordinasi dari pikiran pikiran kreatif menjadi suatu perspektif bersama yang memungkinkan organisasi tersebut melangkah kedepan dengan sikap memenuhi kebutuhan semua pihak yang berkepentingan.

2. Visi dan Misi Organisasi.

a. Visi

Visi adalah cara pandang atau perspektif jauh kedepan kemana suatu organisasi harus dibawa agar bisa eksis, antispatif dan inovatif. Visi merupakan gambaran/impian/cita-cita yang menantang tentang keadaan masa depan yang diinginkan oleh organisasi.

b. Misi.

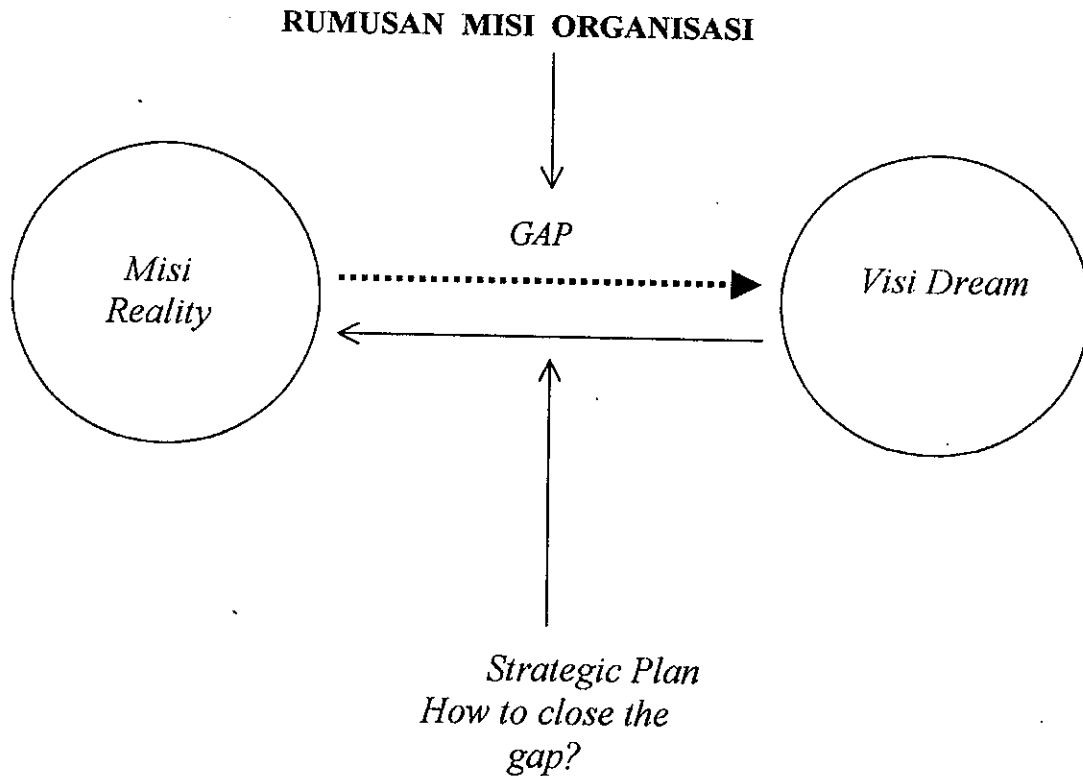
Misi merupakan pernyataan yang menetapkan tujuan organisasi dan sasaran yang ingin dicapai. Pernyataan misi membawa organisasi kepada suatu fokus dan menjelaskan mengapa organisasi itu ada, apa yang akan dilakukan dan bagaimana cara mencapainya.

Cara merumuskan misi organisasi menurut SG Haines (1995) adalah sebagai berikut :

- 1). Mengapa organisasi dibentuk /dibuat ?
- 2). Dalam bentuk apa pelayanan tersebut diberikan ?
- 3). Siapa yang akan dilayani ?
- 4). Bagaimana cara melaksanakan kegiatan ?

Cara merumuskan suatu misi organisasi menurut SG. Haines (1995) adalah sebagai berikut :

Gambar 2.2.



3. Tujuan organisasi.

Tujuan organisasi merupakan penjabaran atau implementasi dari pernyataan misi dan suatu tujuan adalah merupakan hasil akhir (*result*) yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu satu sampai lima tahun. Tujuan organisasi harus konsisten dengan tugas beserta fungsinya, secara kolektif tujuan organisasi harus menggambarkan arah strategik organisasi dan perbaikan-perbaikan yang ingin diciptakan sesuai dengan tugas dan fungsi organisasi serta mampu mendorong secara sinergis antar semua unit organisasi. Suatu tujuan organisasi setidaknya harus memenuhi kriteria antara lain :

- 1). Menyumbang pelaksanaan misi organisasi

- 2). Bersifat menantang, idealistik namun realistik bisa dicapai
- 3). Jangkauan waktu jauh kedepan dengan kriteria lima tahun atau lebih sebagaimana yang ditentukan oleh organisasi.

4. Sasaran organisasi.

Sasaran adalah penjabaran dari tujuan yaitu sesuatu yang akan dicapai maupun dihasilkan oleh organisasi dalam jangka waktu tahunan, semesteran, tribulanan maupun bulanan. Sasaran yang ditetapkan diusahakan dalam ukuran kuantitatif agar bisa diukur. Agar sasaran bisa efektif, maka sasaran harus bersifat atau memiliki kriteria sebagai berikut :

- 1). Spesifik yaitu sasaran harus menggambarkan hasil spesifik yang diinginkan bukan cara pencapaiannya (*specific*)
- 2). Bisa diukur atau dinilai (*measurable*)
- 3). Menantang namun bisa dicapai (*aggressive but attainable*)
- 4). Berorientasi pada hasil (*result oriented*)
- 5). Dapat dicapai dalam waktu tertentu (*timely/timebound*)

Sasaran operasional tahunan adalah pernyataan tentang hal-hal yang diharapkan oleh setiap unit organisasi dalam peranannya terhadap pencapaian visi dan misi organisasi yang telah ditetapkan.

Agar memberikan peranan positif bagi keberhasilan organisasi secara keseluruhan maka yang harus diperhatikan adalah :

- 1). Ciri-ciri sasaran tahunan terutama yang berkaitan dengan tujuan organisasi.

- 2). Konsistensi dalam sasaran tahunan yang tercermin dalam tolok ukur maupun pathok duga serta skala prioritas yang jelas yang dinyatakan secara terfokus.
- 3). Berbagai manfaat yang bisa dipetik karena adanya sasaran tahunan.

Cara untuk mencapai tujuan serta sasaran strategi organisasi merupakan rencana yang menyeluruh (*comprehensiveness*) serta terintegrasi mengenai upaya-upaya organisasi yang meliputi penetapan kebijakan, program operasional serta kegiatan atau aktivitas dengan memperhatikan sumber daya organisasi serta keadaan lingkungan organisasi (*environmental scanning*) yang akan dilalui dalam perjalanan organisasi.

Proses perencanaan strategis dikatakan berhasil antara lain harus mendapatkan dukungan dari unsur pimpinan, bersifat partisipatoris, fleksibel, realistis dan mampu mendiagnosa lingkungan internal maupun eksternal baik lingkungan dekat maupun lingkungan jauh.

Suatu isu strategis yang telah diformulasikan sebelumnya harus melihat serta mempelajari kondisi lingkungan baik faktor internal maupun eksternal organisasi. Suatu proses penginderaan lingkungan diluar organisasi yang dilakukan akan mengantisipasi segala proses perubahan lingkungan baik tuntutan masyarakat/klien maupun pasar dengan pendekatan yang terintegrasi agar tujuan organisasi bisa tercapai secara optimal ²³⁾. Pengertian ini mengandung bahwa suatu organisasi akan berusaha mengidentifikasi serta meminimalisasi kelemahannya serta berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan yang selalu berubah.

Proses manajemen strategis akan menciptakan suatu pokok pikiran yang berwawasan lingkungan, berfikir dan berperilaku proaktif serta berpandangan jauh kedepan tidak terfiksasi pada event jangka pendek.

Kebijakan organisasi merupakan suatu pedoman pelaksanaan tindakan-tindakan tertentu. Pemilihan suatu kebijakan bisa mempertajam arti strategi dan menjadi pedoman bagi keputusan-keputusan dalam suatu arah yang mendukung strategi. Kebijakan yang dimaksudkan merupakan kumpulan keputusan-keputusan yang menentukan strategi yang akan dilaksanakan, mengatur mekanisme pelaksanaan serta mengarahkan pada kondisi pada setiap pimpinan dan pelaksana untuk mengetahui apakah mereka mendapat dukungan untuk bekerja serta mengimplementasikan keputusan. Suatu kebijakan minimal harus meliputi antara lain : kebijakan publik, teknis, alokasi sumber daya, personalia, finansial dan kebijakan pelayanan.

5. Program operasional organisasi.

Program kerja operasional merupakan proses penentuan jumlah dan jenis sumber daya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan suatu rencana. Agar program operasional bisa dilaksanakan secara realistis maka diperlukan upaya – upaya antara lain :

- 1). Program kerja hendaknya dijabarkan secara sederhana.
- 2). Penentuan pimpinan mengenai sejauh mana tingkat keterkaitan/hubungan antara visi, misi, tujuan, sasaran maupun kebijakan-kebijakan suatu program kerja.
- 3). Pimpinan unit memberikan kontribusi dengan mengajukan

program kerja operasional dari masing-masing unit kerja.

4). Prioritas koordinasi program kerja yang paling erat

hubungannya dan dianggap penting.

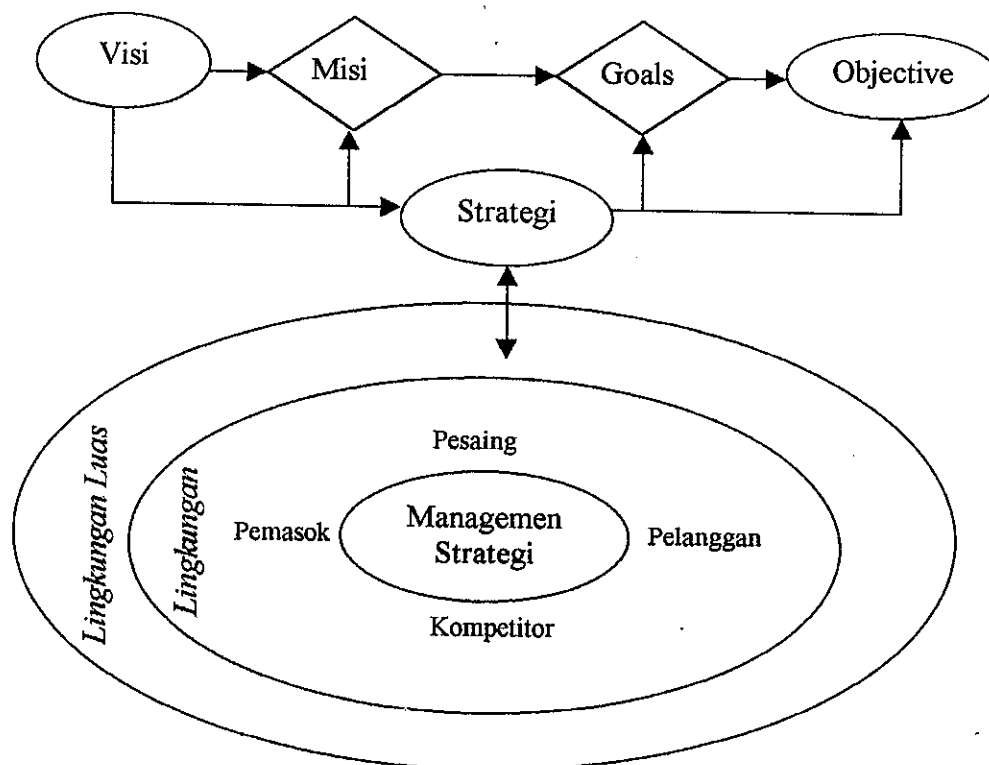
5). Program kerja yang dibuat dengan memperhatikan skala

prioritas serta berdampak dalam pencapaian visi, misi, tujuan

serta sasaran organisasi.

Hubungan maupun kesinambungan antara visi, misi, tujuan, lingkungan dan sasaran organisasi bisa dilihat pada bagan dibawah ini :

Gambar 2.3.



**Kesinambungan Visi, Misi, Strategi, Tujuan,
Sasaran dan Lingkungan**

Sumber : TQM Pelayanan Kesehatan

Perencanaan pada lini bawah pada dasarnya merupakan perencanaan pelaksanaan (*operational planning*) yang memusatkan perhatian pada saat ini yang terutama menekankan efisiensi. Suatu manajemen puncak akan menetapkan tujuan, sasaran, serta strategi yang akan diterapkan dalam pencapaian tujuan jangka pendek. Hal ini berbeda dengan perencanaan taktis yang merujuk pada rencana jangka pendek yang berorientasi pada operasional sehari hari yang menyangkut hal hal detail dan spesifik. Perbedaan pokok antara perencanaan strategis dan operasional menurut B. Taylor adalah sebagai berikut ²⁷⁾:

Tabel 2.2.

**Perbedaan antara perencanaan strategis
dan perencanaan operasional**

Karakter	Perencanaan strategis	Perencanaan operasional
Pusat perhatian	Kelangsungan dan pengembangan jangka panjang	Masalah masalah pelaksanaan operasional
Sasaran	Keuntungan jangka panjang	Keuntungan saat ini
Ruang lingkup	Masa yang akan datang	Sekarang
Sumber dan hasil yang diharapkan	Pengembangan potensi yang akan datang	Efisiensi dan stabilitas
Informasi	Waktu yang akan datang	Saat ini
Organisasi/kepemimpinan	Wirausaha/luwes/ orientasi Perubahan	Birokrasi/konservatif/ Stabil.
Problem solving	Antisipatif/pendekatan /Resiko tinggi	Pengalaman/kebiasaan /Resiko rendah

Sumber : TQM Pelayanan Kesehatan

Sumber data maupun informasi dapat diperoleh dari hasil survai, curah pendapat, wawancara mendalam, kuesioner, analisa data sekunder/hasil laporan, analisa *Stake Holder* dan lain lain . Membuat suatu perencanaan strategis Gebrak Malaria diperlukan suatu analisa lingkungan serta analisa sumber daya yang diperlukan untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman serta kelemahan serta kekuatan yang bisa diunggulkan ³³⁾. Dari hasil analisa SWOT kemudian bisa ditentukan isu isu utama yang berguna dalam perumusan (formulasi) strategi pengembangan. Prinsip pembuatan strategi adalah bagaimana mengatasi pesaing organisasi yang intinya adalah menghubungkan suatu organisasi dengan lingkungan internal maupun eksternal untuk menciptakan suatu strategi yang cocok dalam mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan bersama. Ada beberapa macam perencanaan strategi antara lain strategi induk (*grand strategy*), strategi generik dan strategi pengembangan ²²⁾. Masalah yang sering dihadapi dalam penggunaan analisis SWOT adalah untuk menentukan : “ *What will be the principal purpose of the grand strategy ?*” Suatu strategi induk (*grand strategy*) adalah merupakan upaya yang dilakukan terus menerus yang terkoordinasi untuk mencapai tujuan jangka panjang. Strategi generik adalah yang menggambarkan kemampuan tertentu dalam memberikan pelayanan bermutu dengan tarif rendah (*cost leadership strategy*), difokuskan terhadap unggulan (*focus strategy*), serta melebarkan pelayanan yang mampu memberikan peluang yang ada (*defferentiation*) sedangkan strategi pengembangan / operasional adalah suatu strategi yang disusun berdasarkan issue pengembangan dengan melihat pada peluang yang dimiliki suatu organisasi serta memanfaatkan peluang yang ada..

Dalam strategi ini yang perlu diperhatikan adalah produk atau pelayanan yang dimiliki, baik yang lama maupun baru dengan memperhatikan pasar yang ada, baru kemudian dipilih strategi apa yang tepat untuk dikembangkan.

Mengembangkan suatu strategi menurut Thomas J. Peter (1996) ada tujuh S Model strategi yaitu : *Structure, Staff, Skills, System, Style, Strategy dan Share of Value* 34).

Unsur unsur proses pembuatan suatu strategi adalah :

- a. Mengidentifikasi masalah strategis yang dihadapi oleh organisasi.
- b. Mengembangkan alternatif strategi yang ada dengan mempertimbangkan strategi generik serta variasinya.
- c. Evaluasi setiap alternatif yang akan ditempuh.
- d. Pemilihan alternatif strategi yang paling baik.

Dari uraian tersebut diatas maka bisa diambil suatu pengertian bahwa pengertian atau inti dari suatu perencanaan strategis adalah proses penginderaan situasi lingkungan, baik internal maupun eksternal dalam arti luas yang berorientasi masa depan, menetapkan sasaran, pengembangan strategi untuk pencapaian sasaran maupun tujuan serta dilakukannya pengukuran hasil (*out put* maupun *out come*).

6. Faktor-faktor kunci keberhasilan.

Faktor kunci keberhasilan adalah suatu topik/bidang yang berkaitan yang mempunyai spektrum luas dengan misi dan suatu kinerja organisasi sangat dipengaruhi oleh bagaimana suatu organisasi atau pelanggan menerima keadaan sukses atau gagal dari suatu misi organisasi. Faktor kunci

keberhasilan berfungsi untuk lebih memfokuskan strategi organisasi dalam rangka pencapaian tujuan serta misi organisasi secara efektif dan efisien. Faktor-faktor kunci keberhasilan adalah unsur-unsur dari suatu organisasi yang menentukan keberhasilan atau kegagalan strategi organisasi. Analisis faktor lingkungan internal dan eksternal yang dilakukan menjadi landasan kritis dalam merancang strategi yang dilakukan dengan analisis SWOT (*strength, weaknesses, opportunities, threats*), *Delphi technique*, *Gap analysis*, *Benchmarking*, *Porter's Five Force Models*, dan *Strategis emergency*.

Analisa SWOT pada dasarnya dikelompokkan menjadi empat kelompok strategi yaitu :

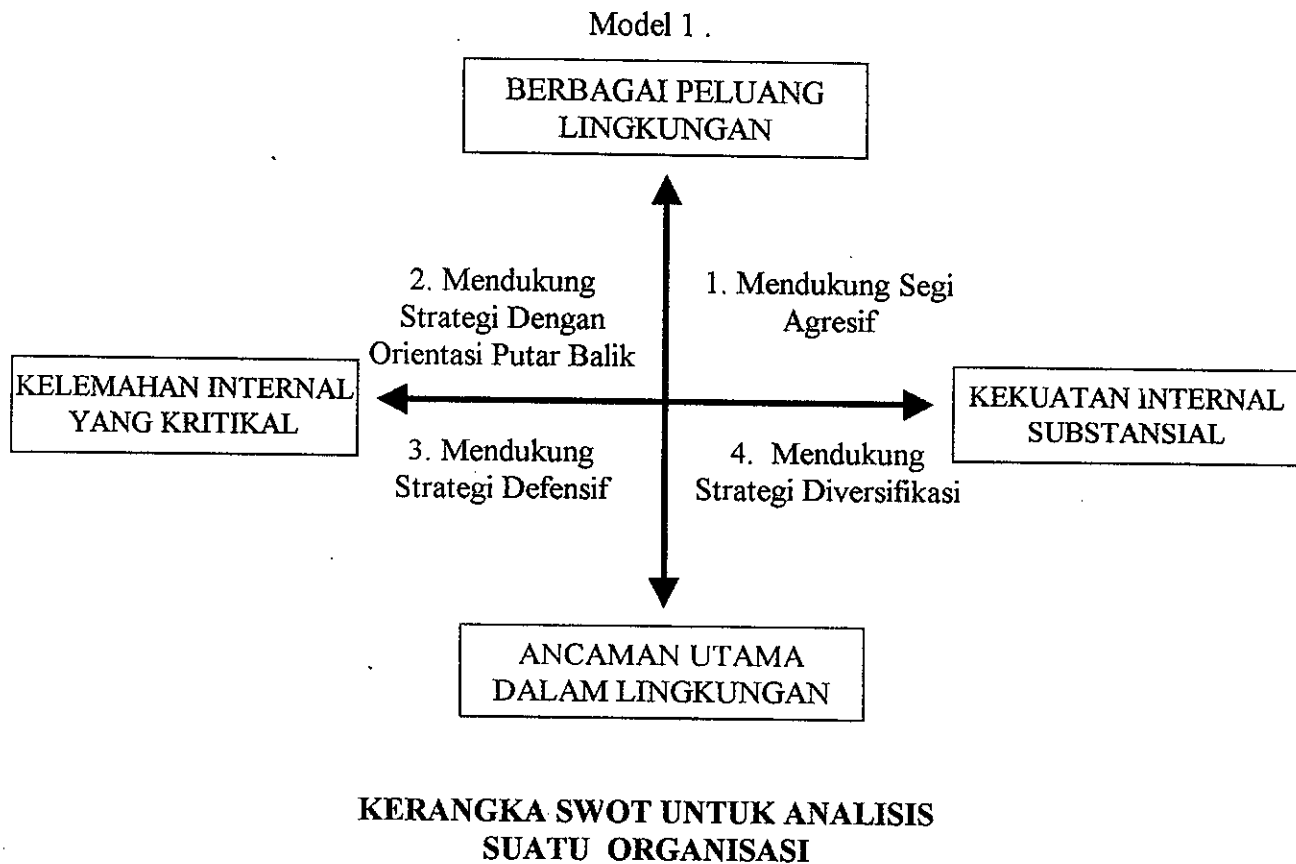
- a. Kelompok yang mengoptimalkan kekuatan untuk memanfaatkan peluang.
- b. Strategi menggunakan kekuatan untuk mencegah dan mengatasi ancaman.
- c. Strategi untuk mengurangi kelemahan untuk memanfaatkan peluang
- d. Strategi mengurangi kelemahan untuk mencegah dan mengatasi ancaman.

Analisa SWOT adalah merupakan suatu metoda refleksi sistematis yang efektif untuk menemu kenali serta mengidentifikasi masalah strategis dari faktor internal (kekuatan, kelemahan) dan eksternal (peluang dan ancaman) yaitu :

- a. Faktor kekuatan adalah suatu kelebihan yang khusus dimiliki oleh suatu organisasi yang apabila digunakan akan berperan besar dalam pencapaian tujuan
- b. Faktor kelemahan adalah suatu kekurangan/ keterbatasan yang khusus dimiliki oleh organisasi yang bisa menjadi penghalang/penghambat dalam mencapai tujuan. Apabila kelemahan ini bisa diatasi/dieliminir, maka akan berperan besar dalam mencapai tujuan.
- c. Faktor kesempatan adalah situasi lingkungan yang menguntungkan dan sebagai peluang dalam mencapai tujuan organisasi
- d. Faktor ancaman adalah suatu faktor lingkungan yang merugikan atau merugikan dan merupakan ganjalan organisasi dalam mencapai tujuan baik sekarang maupun masa yang akan datang.

Ada 2 macam model analisa SWOT, yaitu model diagram/kerangka SWOT dan model matriks SWOT yaitu :

Gambar 2.3



Sumber : Manajemen Strategik (Siagian SP)

Keterangan :

Kuadran 1 : merupakan situasi yang sangat menguntungkan. Suatu organisasi tersebut memiliki peluang dan kekuatan sehingga bisa memanfaatkan suatu peluang yang ada, sedangkan strategi yang harus diterapkan dalam kondisi ini adalah mendukung kebijakan yang agresif

Kuadran 2 : meskipun suatu organisasi menghadapi berbagai kelemahan internal, namun masih memiliki peluang dari faktor eksternal internal, sedangkan strategi yang harus diterapkan adalah mengeliminir kelemahan serta menggunakan

kekuatan untuk memanfaatkan peluang jangka panjang dengan cara *turn over strategy*.

Kuadran 3 : suatu organisasi menghadapi keadaan yang tidak menguntungkan yang berasal dari kelemahan internal serta ancaman dari pasar /market (eksternal) yang sangat besar, namun dilain pihak organisasi ini menghadapi beberapa kendala yang berasal dari kelemahan internal. Fokus strategi organisasi adalah meminimalkan masalah internal sehingga bisa merebut pasar yang lebih baik (defensif).

Kuadran 4 : suatu organisasi menghadapi situasi bagaimana memaksimalkan kekuatan yang ada pada organisasi untuk meeliminir ancaman yang erasal dari faktor eksternal. Startegi yang dipakai adalah diversifikasi

Tabel 2.4.

Model 2.

Model matriks SWOT.

Faktor Eksternal

Faktor Strategis Eksternal	Bobot	Rating (1-4)	Bobot x rating
Peluang			
1.			
2.			
Tantangan			
1.			
2.			
Total	1.00		

Faktor Internal.

Faktor Strategis Internal	Bobot	Rating (1-4)	Bobot x rating
Kekuatan			
1.			
2.			
Kelemahan			
1.			
2.			
Total	1.00		

Tabel 2.5.

Strategi matriks SWOT

	Strength Karakteristik positif dan kelebihan dari hal, keadaan atau teknik tertentu	Weaknesses Karakteristik/sifat negatif dan kelemahan dari hal, keadaan atau teknik tertentu.
Opportunities Faktor faktor dan situasi yang dapat menguntungkan, meningkatkan atau membawa perbaikan terhadap hal, keadaan, atau teknik tertentu	S-O-analysis Bagaimana Strength dimanfaatkan sehingga keuntungan dari opportunities bisa diraih ?	W-O-analysis Bagaimana weaknesses bisa diatasi sehingga keuntungan opportunities bisa diraih ?

Threats	S-T-analysis Bagaimana	W-T-analysis Bagaimana
Faktor faktor dan situasi yang menjadi hambatan bagi hal, keadaan atau teknik tertentu.	Strength digunakan untuk mengimbangi threats yang akan menghambat pencapaian tujuan dan meraih opportunities ?	weaknesses bisa diatasi untuk mengimbangi threats yang akan menghambat pencapaian tujuan dan meraih opportunities ?

Dari analisa SWOT tersebut kemudian akan dibuat suatu perencanaan strategis Gebrak Malaria di Kabupaten Cilacap.

B. Epidemiologi penyakit malaria

Ada tiga faktor yang harus diperhatikan dalam hubungannya penyebaran penyakit malaria yaitu *host* (pejamu/ manusia), *agent* (penyebab penyakit) dan *environment* (lingkungan). Penyebaran malaria akan terjadi apabila ketiga komponen tersebut saling mendukung.

Manusia disebut sebagai *host intermediate* karena siklus aseksual parasit malaria berlangsung, sedangkan nyamuk *Anopheles* betina disebut sebagai *host definitif* karena telah terjadi siklus seksual parasit malaria. Agent penyebab penyakit malaria adalah *protozoa* yang disebut *plasmodium* yang dalam bentuk aseksual masuk kedalam tubuh manusia sedangkan faktor lingkungan adalah suatu lingkungan diluar manusia dan nyamuk.

1. Host (pejamu).

a. Manusia (*host intermediate*)

Pada hakikatnya semua manusia bisa terinfeksi oleh agent atau penyebab malaria dan merupakan tempat berkembang biaknya agent (*plasmodium*). Bagi host ada beberapa faktor intrinsik maupun ekstrinsik yang bisa mempengaruhi kerentanan host terhadap agent. Faktor faktor tersebut mencakup antara lain : usia, seks, ras, sosial ekonomi, status perkawinan, riwayat penyakit sebelumnya, kebiasaan hidup, keturunan, dan tingkat imunitas (*predisposing factors*,) pendapatan, status gizi, pelayanan kesehatan (*enabling factors*), dan pemaparan berulang (*reinforcing factors*)

b. Nyamuk *Anopheles* (*host definitif*)

Nyamuk *Anopheles* yang menggigit manusia adalah yang betina karena darah diperlukan untuk pertumbuhan telurnya. Faktor faktor penting dari nyamuk *Anopheles* dalam penularan penyakit malaria adalah : perilaku nyamuk, dan faktor lainnya. Faktor perilaku nyamuk yang penting adalah : tempat hinggap atau istirahat (*eksofilik* atau *endofilik*), tempat menggigit (*eksofagik* atau *endofagik*), dan obyek yang digigit (*antrofilik* atau *zoofilik*). Faktor lainnya yang juga penting adalah : umur, kerentanan, frekuensi menggigit, dan siklus *gonotrofik*.

Diseluruh dunia jenis vektor malaria ada kurang lebih 180 jenis, namun di Indonesia hanya kurang lebih 18 jenis saja yang menjadi vektor malaria¹⁰⁾. Di Indonesia vektor *An. sundaicus* banyak terdapat di daerah pantai yang airnya payau *An. maculatus* di daerah pegunungan, *An*

aconitus didaerah persawahan dan *An. balabacensis* di daerah perkebunan atau hutan

2. Agent penyebab (parasit/plasmodium).

Agent penyebab penyakit malaria termasuk agent biologis yang disebut protozoa yang bisa hidup dalam tubuh nyamuk dan tubuh manusia. Manusia yang disebut sebagai *host intermediate* (pejamu sementara) dan nyamuk disebut sebagai *host definitif* (pejamu tetap). Plasmodium hidup dalam tubuh nyamuk dalam tahapan daur seksual (melalui kawin) dan hidup dalam tubuh manusia dalam daur aseksual (melalui pembiakan).

Ada empat macam species plasmodium malaria pada manusia yaitu :

- a. Plasmodium falcifarum penyebab malaria tropika sering menimbulkan malaria otak (*serebral malaria*) yang menimbulkan kematian dengan masa inkubasi ekstrinsik 10-12 hari.
- b. Plasmodium vivax penyebab malaria tertiana (8-11 hari)
- c. Plasmodium malariae penyebab malaria Quartana (14-21 hari)
- d. Plasmodium ovale (15 hari) yang jarang sekali dijumpai di Indonesia

Seseorang bisa diinggapi lebih satu jenis plasmodium yang disebut infeksi campuran (*mix infection*) yang banyak dijumpai pada daerah atau wilayah yang mempunyai transmisi tinggi. Pada umumnya paling banyak hanya dua jenis parasit, yaitu campuran antara *Plasmodium falcifarum* dengan *P. vivax* atau *P. malariae*. Plasmodium yang paling banyak ditemukan di Indonesia adalah

Plasmodium falcifarum dan *vivax*, sedangkan jenis *ovale* dan *malariae* pernah ditemukan di Sulawesi, dan Papua¹²⁾. Di Indonesia pada tahun 1999 hasil konfirmasi laboratorium sebagian besar (80%) berasal dari wilayah Jawa Bali dengan *Plasmodium vivax* merupakan parasit dominan¹⁰⁾. Di Jawa Tengah proporsi antara *P. vivax* dan *P. falcifarum* ternyata seimbang dan plasmodium campuran (*mix*) sangat kecil yaitu hanya sekitar 1% saja⁵⁾.

Kematian malaria yang disebabkan karena malaria otak oleh *Plasmodium falcifarum* kebanyakan menyerang pada penderita baru yang pertama kali mendapat infeksi malaria. Resiko kematian ibu hamil terjadi 2 sampai 10 kali lipat dibanding dengan ibu yang tidak hamil. Hasil penelitian di Gambia tahun 1997 menunjukkan bahwa resiko tertular malaria ibu hamil rata rata dua kali lipat dibanding dengan ibu yang tidak hamil⁷⁾.

Gejala klinis utama penyakit malaria adalah demam, sakit kepala yang amat sangat, menggigil berkala (*paroxymal*) yang terdiri dari tiga stadium yaitu : stadium dingin, demam dan stadium berkeringat.

Cara penularan penyakit malaria bisa secara alamiah (*natural*) melalui gigitan vektor (nyamuk), dan penularan non alamiah secara *kongenital* (bawaan melalui plasenta), secara mekanik (alat suntik, transfusi darah), serta secara oral (melalui mulut).

3. Lingkungan (*environment*)

Nyamuk akan berkembang baik bila lingkungannya optimum dengan keadaan yang dibutuhkan oleh nyamuk untuk berkembang biak. Lingkungan bisa dikelompokkan menjadi lingkungan fisik (suhu, kelembaban, curah hujan,

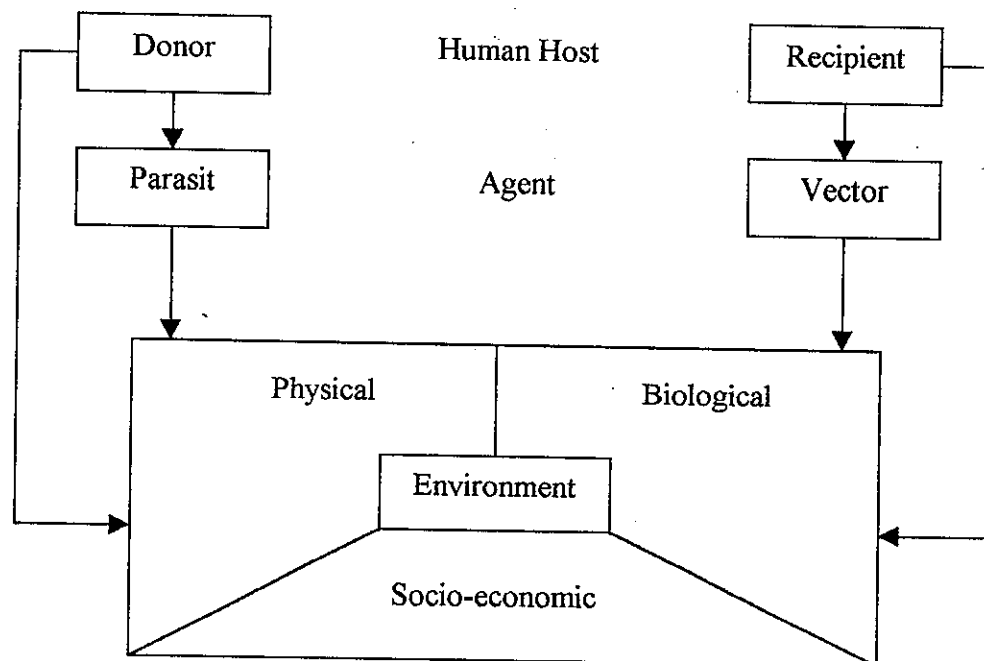
angin, sinar matahari, kimiawi, biologis dan sosial budaya). Dari semua faktor lingkungan diatas, faktor sosial budayalah yang paling besar pengaruhnya. Suatu kebiasaan berada diluar rumah malam hari dan nyamuknya bersifat *eksofilik* dan *eksofagik* akan memperbesar frekuensi gigitan nyamuk. Penggunaan kelambu, kawat kasa dan penggunaan zat penolak (*repellent*) yang intensitasnya berbeda sesuai dengan perbedaan status sosial masyarakat akan mempengaruhi angka kesakitan malaria. Faktor lain yang tidak kalah pentingnya adalah pandangan/persepsi masyarakat terhadap penyakit malaria. Apabila penyakit malaria dianggap suatu kebutuhan untuk diberantas, maka masyarakat akan melakukan penyehatan lingkungan secara spontan secara bergotong royong. Lingkungan yang rusak sebagai dampak pembangunan akan timbul tempat perindukan nyamuk malaria yang dibuat oleh manusia (*man made breeding places*) misalnya tambak yang terbengkalai (Cilacap dan Lampung), galian pasir/ pertambangan (Batam dan Bintan), penebangan hutan bakau (Bintan dan Kampung Laut), dan lobang galian pembangunan jalan raya (Papua)

Dengan mengenal hubungan antara faktor yang berperan dalam penyebaran penyakit malaria, maka usaha untuk memutuskan mata rantai penularan bisa direncanakan dan ditentukan lebih terarah. Setelah mengetahui hubungan antara *host*, *agent* dan *environment*, maka suatu pemutusan mata rantai penularan yang paling logis adalah : menyembuhkan penderita malaria , membunuh nyamuk dewasa dan menghilangkan tempat perindukan nyamuk. Mengingat kompleksnya permasalahan malaria, maka upaya pengendaliannya

haruslah merupakan bagian yang integral dari pembangunan secara keseluruhan yang berwawasan kesehatan (kawasan pembangunan terpadu) serta perlu penanganan secara multi sektoral

Hubungan antara *host*, *agent* dan *environment* bisa dilihat bagan dibawah ini :

Gambar 2.5.



Faktor Epidemiologi antara Host, Agent dan Environment dalam penyebaran penyakit malaria

Sumber : Ditjen PPM-PLP. 2000.

Pengobatan penderita malaria selain berdasarkan perbedaan berat ringannya penyakit, maupun ada tidaknya konfirmasi laboratorium, juga berdasarkan atas dasar jenis plasmodium, resistensi serta jenis obat yang digunakan. Ada beberapa cara dan jenis pengobatan, baik bersifat pencegahan,

terhadap tersangka maupun penderita penyakit malaria dan pengobatan bagi penderita malaria berat

Dari uraian tersebut diatas, maka kesulitan sektor kesehatan dalam mengendalikan ketiga determinan tersebut adalah :

- a. .Agent (plasmodium) yaitu adanya resistensi terhadap obat anti malaria khususnya *Plasmodium falcifarum*.
- b. Host manusia yaitu adanya pengetahuan dan perilaku minum obat yang tidak adekwat (minum dosis sesuai aturan) sehingga akan menyebabkan resistensi, *personal protection* terhadap gigitan nyamuk dan adanya *man made breeding places*. Host nyamuk yaitu adanya lebih dari vektor yang masing-masing vektor mempunyai karakteristik perilaku berbeda.
- c. Lingkungan (*environment*) yaitu adanya *man made breeding places*, serta banyaknya *natural breeding places*.

3. Konsep perilaku kesehatan .

Perilaku menurut Skinner adalah setiap reaksi atau *respons* yang diambil oleh seseorang terhadap *stimulus* (rangsangan dari luar) dan kemudian organisme tersebut merespons (teori *Stimulus- Organisme – Respons*). Perilaku kesehatan ada beberapa pengertian yang berkonotasi kultural yaitu perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance behavior*), perilaku pencarian fasilitas kesehatan (*health seeking behavior*) dan perilaku kesehatan lingkungan

Menurut Becker (1979) klasifikasi perilaku kesehatan dibagi menjadi :

a). Perilaku hidup sehat , b). Perilaku sakit (*illness behavior*) dan c) perilaku peran sakit. (*the sick role behavior*). Perilaku hidup sehat adalah seseorang yang merasa sehat dan berusaha mencegah terjadinya penyakit atau mengenalnya pada stadium permulaan misalnya makan seimbang tidak merokok, olah raga teratur dan lain-lain. Perilaku sakit mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsi terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala, cara penularan, cara kemana mencari pengobatan dan lain-lain.. Perilaku peran sakit dari segi sosiologis, orang sakit mempunyai peran yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) serta kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*) . Hak dan kewajiban harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain terutama keluarganya. Peran sakit ini meliputi tindakan mencari kesembuhan, mengenal fasilitas kesehatan/kesembuhan dan mengetahui haknya. Dari pengertian tersebut bisa lebih disederhanakan bahwa perilaku kesakitan adalah setiap tindakan yang dilakukan oleh individu yang merasa dirinya sakit (*ill*) untuk menentukan dirinya sakit dan mencari pengobatan serta mengetahui hak-haknya sebagai orang sakit ²⁸).

Suatu penyakit bisa dikenal dari aspek sosial yang menunjukkan urutan waktu yang pada saat mulai awal yaitu adanya perasaan dirinya sakit walaupun masih ringan, kemudian berkembang menuju suatu proses sosial dan fisiologis yang kemudian menuju proses kesembuhan, kecacatan maupun kematian. Suatu proses sosial ini merupakan suatu proses yang kompleks yang sangat ditentukan oleh ciri-ciri budaya yang kesemuanya itu disebut perilaku kesakitan.

Peranan sakit adalah seseorang telah beralih dari peranan dari orang sehat atau normal dalam masyarakat seseorang yang sedang sakit dengan segala hak dan

tanggung jawabnya. Seseorang dalam kesehariannya bisa menggunakan beberapa perannya secara silih berganti. Dalam peran dan fungsinya sebagai orang sakit terdapat empat aspek yaitu ³¹⁾:

- a. Tergantung berat ringannya penyakit yang dideritanya yang bisa dibebaskan dari sebagian atau seluruh tugas sosialnya .
- b. Orang yang sakit yang tidak sembuh karena keputusannya sendiri atau karena memang ingin sembuh.
- c. Orang yang sakit diharapkan bisa sembuh secepat mungkin
- d. Orang sakit yang mencari pengobatan yang sesuai.

Dengan adanya keempat aspek tersebut status sosial penderita tidak berubah dan masih mempertahankan martabatnya secara baik. Pengertian peranan sakit ini pada kenyataannya menunjukkan bahwa tidak semua penderita ingin patuh dalam mengambil peranan dan banyak penyimpangan yang bisa terjadi pada setiap aspek tadi yang akhirnya bisa membahayakan kehidupannya sendiri.

Secara anthropologis kesehatan bahwa dalam upaya menganalisis penyakit dalam konteks sosial dijabarkan menjadi 5 tahapan yaitu ²⁸⁾:

- a. Keputusan bahwa dirinya tidak beres pada dirinya karena merasa kurang nyaman walaupun sangat subyektif. Dalam kultur tertentu gejala ini tidak selalu dikenal dalam diagnostik – medik, akan tetapi lebih sering diinterpretasikan sebagai gangguan fungsi kehidupan normal.
- b. Keputusan bahwa sakit perlu perawatan maupun pertolongan secara profesional.

- c. Keputusan untuk mencari perawatan profesional, yaitu seseorang sudah beralih dari peranan orang normal menjadi peranan sakit. Proses pemilihan pertolongan ini sangat bervariasi tergantung dari macam kultur, norma maupun nilai – nilai setempat.
- d. Keputusan untuk mengalihkan pengawasan kepada profesional medis dan menerima serta mengikuti pengobatan yang ditetapkan. Seseorang akan menerima peranan sebagai pasien dengan segala konsekuensinya. Dalam fase ini penting diketahui apakah penyakit yang dideritanya akan cepat sembuh atau yang sukar sembuh. Bila penderita mengalami penyakit yang kronis, maka diharapkan akan mengadakan perubahan pola kehidupannya yang sesuai dengan anjuran para ahli.
- e. Peranan untuk mengakhiri peranan pasien.

Dengan adanya beberapa tahapan ini, maka dalam pemeriksaan perilaku masyarakat terhadap pelayanan kesehatan perlu dilakukan penggalan informasi untuk mengetahui gambaran maupun pengertian masyarakat tentang penyakit (*diseases maupun illness*) dan tanggapannya mengenai pelayanan kesehatan yang disediakan. Dengan demikian maka konsep pelayanan kesehatan harus disesuaikan dengan pandangan maupun persepsi masyarakat tentang sehat maupun sakit, sedangkan konsep *explanatory model* adalah cara seseorang berdasarkan kultur tertentu memberikan interpretasi terhadap suatu penyakit. Apabila konsep ini bisa disesuaikan dengan antara pemberi pelayanan dengan model atau kultur yang dianut oleh masyarakat, maka akan memberikan hasil yang cukup memuaskan.

Suatu teori yang dikemukakan oleh Rogers yang dikenal dengan teori AIETA yang menyatakan bahwa perubahan /inovasi pada individu atau kelompok akan mengikuti tahapan sebagai berikut :

a. *Awareness* (sadar).

Yaitu suatu tahap individu atau kelompok sadar akan adanya satu informasi atau pesan.

b. *Interest* (tertarik, minat).

Yaitu suatu tahap individu atau kelompok telah menyadari adanya informasi atau pesan dan mulai merasa tertarik serta ingin mencari informasi lebih lanjut.

c. *Evaluation* (evaluasi).

Yaitu suatu tahap individu atau kelompok menilai dan menguji informasi dengan informasi lain yang telah dimiliki.

d. *Trial* (coba-coba).

Yaitu suatu tahap individu atau kelompok telah melakukan penilaian dan mulai percaya terhadap apa yang disampaikan oleh informasi/pesan tersebut dan telah mencoba/menerapkan seperti apa yang diinginkan informasi tersebut.

e. *Adoption* (penerapan).

Yaitu suatu tahap individu atau kelompok sudah yakin dan mantap berperilaku seperti apa yang diinginkan dalam informasi atau pesan tersebut.

Tahapan tersebut dalam praktek sehari-hari akan lebih dinamis dan kompleks yang mempunyai bentangan yang sangat luas. Menurut Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku manusia menjadi tiga domain/kawasan yaitu a) kognitif, b). Afektif dan c) Psikomotor.

Dalam perkembangan teori Bloom kemudian dimodifikasi untuk mengukur hasil pendidikan kesehatan menjadi a). Pengetahuan (*knowledge*), b). Sikap (*Attitude*), dan c). Tindakan/praktek (*Practice*). Komponen pengetahuan adalah merupakan penginderaan manusia terhadap obyek luar melalui indera-inderanya. Sebelum mengadopsi perilaku baru seseorang harus tahu terlebih dulu apa artinya maupun manfaat perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Komponen sikap merupakan penilaian atau pendapat seseorang terhadap stimuli atau obyek yang dalam hal ini masalah kesehatan. Komponen praktek/tindakan adalah penilaian seseorang/pendapat terhadap apa yang diketahuinya, yang kemudian proses selanjutnya diharapkan akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahuinya atau disikapinya. Secara teoritis perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru akan mengikuti tahapan pengetahuan – sikap – perilaku (PSP), namun beberapa penelitian lain menyatakan bahwa perilaku tidak harus setelah sikap dan pengetahuan.

Studi untuk memperoleh informasi tentang pengetahuan, sikap dan perilaku, kepercayaan yang berkaitan dengan masalah kesehatan, maka studi yang paling baik dan tepat adalah dilakukan secara kualitatif dengan mengikut sertakan Anthropolog dan Sosiolog. Teknis menggali informasi (PSP) bisa melalui pengamatan (*observasi*), wawancara (terstruktur maupun mendalam) dan *focus group discussion* (FGD) untuk penelitian kualitatif. Untuk memperoleh informasi tentang praktek atau perilaku yang paling akurat adalah melalui *observasi/partisipatory*, namun bisa juga dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh seseorang.

4. Gerakan Berantas Kembali (Gebrak) Malaria.

Gerakan Berantas Kembali Malaria (Gebrak Malaria) merupakan strategi dari kebijaksanaan program pemberantasan malaria tahun 2000-2005 yaitu suatu gerakan nasional yang melibatkan seluruh komponen masyarakat baik sektor pemerintah, swasta, badan badan internasional maupun penyandang dana dalam memberantas kembali malaria secara intensif sesuai peran serta sumber daya yang ada dimasing masing sektor. Penyakit malaria bukan hanya masalah kesehatan saja, namun juga menyentuh pembangunan sosial ekonomi masyarakat, maka upaya pemberantasannya merupakan bagian yang integral dari pembangunan nasional.

Penggalangan kemitraan ini sangat penting mengingat bahwa penanganan malaria harus bersifat multi sektoral, dengan melalui penggalangan kemitraan antara Pemerintah, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dunia usaha, organisasi profesi, Peneliti, mass media serta pemberdayaan/mobilisasi masyarakat. Dengan penggalangan ini bisa diharapkan bisa diidentifikasi peran bantu, sumber daya yang ada dalam keikutsertaannya dalam pemberantasan malaria.

Prograin gebrak malaria dicanangkan di Indonesia mengingat bahwa penyakit malaria cenderung meningkat dari tahun ketahun yang berpotensi terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB), adanya komitmen internasional serta perhatian masyarakat luas cenderung menurun terhadap penyakit malaria.

Secara garis besar gebrak malaria mempunyai tujuan umum meningkatkan kemampuan setiap orang dan kepedulian masyarakat dalam

mengatasi masalah malaria dengan menciptakan lingkungan yang aman dari penularan malaria, terselenggaranya dan terjangkaunya upaya pemberantasan malaria yang bermutu sehingga angka kesakitan dan kematiannya menurun, serta meningkatkan produktifitas kerja guna mencapai Indonesia Sehat 2010¹⁾.

Tujuan khusus gebrak malaria adalah :

- a. Terwujudnya kemitraan antara Pemerintah, Lembaga Swadaya masyarakat (LSM), organisasi profesi, dunia usaha serta masyarakat luas dalam upaya memberantas penyakit malaria
- b. Menurunnya angka kesakitan dan kematian karena malaria di Indonesia terutama di daerah kabupaten endemis menurun dari 1.09 menjadi kurang 0.2 per 1000 penduduk pada tahun 2010.
- c. Menurunkan jumlah kecamatan endemis tinggi menjadi kecamatan endemis sedang atau ringan bahkan bebas malaria pada tahun 2010.

Program Gebrak Malaria mempunyai Visi, Misi, Strategi serta Sasaran adalah :

- a. Visi gebrak malaria adalah setiap warga negara mampu hidup sehat dalam lingkungan yang terbebas dari penularan malaria.
- b. Misi gebrak malaria adalah : memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat dan melindungi diri dari penularan malaria, menggalang kemitraan dalam pemberantasan malaria dengan penyehatan lingkungan serta menjamin pelayanan kesehatan yang bermutu untuk mencegah dan menangani penyakit malaria.
- c. Strategi Gebrak Malaria adalah :

1) Pembangunan wilayah sadar malaria

Kegiatan pembangunan daerah sadar malaria dengan melaksanakan pemetaan wilayah/daerah problem malaria disetiap Kabupaten endemis dan potensial malaria .Penerapan suatu strategi sadar malaria tersebut dilaksanakan pada tahap perencanaan, pelaksanaan, serta pemantauan/penilaian pada setiap program pembangunan di daerah.

2) Pemberdayaan masyarakat (*social empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan adalah salah satu faktor penting. Secara empiris pemberdayaan masyarakat akan menyebabkan program kesehatan akan berjalan baik yang bisa berupa pendanaan dalam upaya-upaya kesehatan. Pemberdayaan masyarakat bisa juga berupa keterlibatan dalam proses pembangunan . Potensi yang telah ditunjukkan tersebut merupakan faktor penting dalam upaya penaggulangan malaria. Untuk perlu dilakukan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) pada masyarakat dimasing masing tatanan sesuai dengan budaya setempat. Disamping itu perlu juga dilakukan pemasaran sosial kepada masyarakat formal maupun informal diberbagai media, *advocacy* kepada *Stake Holder* berdasarkan *evidence base* maupun informasi akurat, serta dikembangkannya sistem penghargaan.

3) Penggalangan kemitraan.

Kegiatan ini meliputi identifikasi *Stake Holder* (mitra dan pelaku potensial), jaringan kemitraan, mengintegrasikan sumber daya,

keterpaduan kegiatan, mengadakan pertemuan secara berkala dalam rangka penilaian dan saling tukar menukar informasi.

4) Keterpaduan program.

Kegiatan gebrak malaria harus melibatkan seluruh tenaga kesehatan, memadukan kegiatan maupun sumber daya yang ada serta meningkatkan keterpaduan kerja antara Rumah Sakit dan Puskesmas dalam pelaksanaan Gebrak Malaria.

5) Profesionalisme

Kegiatan gebrak malaria harus mempunyai tolok ukur, pathok duga keberhasilan, maupun prosedur kerja yang baku agar mudah dilakukan pemantauan maupun evaluasi. Penyusunan pedoman baku, pendidikan maupun pelatihan manajemen maupun klinis malaria bagi tenaga kesehatan, memantapkan profesionalisme serta desiminasi informasi yang berkaitan dengan penyakit malaria perlu dilakukan.

6) Desentralisasi

Kebijakan desentralisasi digunakan berkaitan dengan proses demokratisasi dalam bidang ekonomi, sosial dan politik yang bertujuan untuk lebih meningkatkan derajat kesejahteraan masyarakat. Walaupun demikian secara empiris bisa juga terlihat diberbagai negara bahwa sistem pemerintahan yang sangat tersentralisir mendorong kesejahteraan masyarakat. Argumen ini juga bisa berlaku dalam hal pengendalian serta pemberantasan penyakit menular yang tidak mengenal batas wilayah administratif. Desentralisasi yang berkaitan dengan pengalihan sebagian

kekuasaan serta tanggung jawab dari pemerintah pusat kejenjang dibawahnya dengan tujuan memperbaiki serta meningkatkan fungsi , peran serta tanggung jawab pemerintah propinsi/kabupaten/kota. Dengan demikian maka desentralisasi harus bisa menyebabkan pemerintah daerah mampu mengembangkan kapasitas serta kemampuan termasuk sumber dayanya untuk memenuhi kebutuhan spesifik masyarakat setempat.

Kebijakan desentralisasi diharapkan bisa mendorong pelayanan kesehatan agar lebih efektif dan efisien serta terjangkau oleh masyarakat sehingga dirasakan memiliki rasa keadilan (*equity*) didalamnya. Kebijakan ini juga harus mampu memobilisasi sumber daya setempat termasuk sumber daya manusia, sarana serta dana .Dengan demikian mnaka pemerintah daerah memiliki kewenangan untuk mengambil keputusan , mengelola serta mengambil keputusan sendiri dan bertanggung jawab secara administratif sehingga masyarakat setempat akan terpenuhi kebutuhannya.

Desentralisasi juga bisa menyebabkan kerugian, antara lain pengendalian pemerintah daerah menjadi lebih sulit atau memerlukan mekanisme pemerintahan yang lebih kreatif untuk melakukan proses pengendalian yang kemudian berdampak terhadap ketidak-efisienan dalam pembiayaan pembangunan karena adanya kesenjangan antar daerah. Pemerintah daerah yang mempunyai sumber daya yang melimpah cenderung lebih cepat proses pembangunannya, sedangkan daerah yang miskin akan semakin tertinggal. Bahaya lain adalah adanya *eforia* kewenangan daerah akan menyebabkan melemahnya persatuan dan kesatuan bangsa. Sistem

desentralisasi perlu dilakukan dengan kesadaran serta komitmen penuh untuk kepentingan bangsa.

7) Dukungan Peraturan/per Undang – Undangan

Kegiatan Gebrak malaria baik ditingkat nasional, propinsi maupun kabupaten maupun kota perlu dipayungi oleh Peraturan /Perundangan maupun suatu kebijakan serta perlu pertimbangan malaria dalam Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (Amdal).

8) Dukungan Penelitian dan Pengembangan (Litbang)

Dukungan penelitian dan pengembangan dalam kegiatan gebrak malaria bisa berupa dukungan sumber dana penelitian dan pengembangan, melakukan penelitian baik dari aspek manajemen maupun klinis dan memanfaatkan hasil penelitian dan pengembangan untuk mendukung kegiatan Gebrak malaria.

Program Gebrak malaria mempunyai sasaran jangka pendek (2000-2005). yaitu :

- a. Bagi individu agar seluruh anggota masyarakat terutama yang tinggal di daerah endemis dan berpotensi KLB- malaria agar mampu mengenal, dan mencegah serta mengatasi gejala dini penyakit malaria.
- b. Bagi masyarakat agar seluruh potensi masyarakat dalam memelihara lingkungan sehat serta melaksanakan berbagai upaya pencegahan dan pemberantasan malaria.
- c. Bagi Lintas Sektor agar terbentuk dan berfungsinya jejaring kemitraan di wilayah endemis malaria

- d. Bagi Program P2- Malaria agar terbentuk dan berfungsinya sistem informasi dan manajemen upaya kesehatan dibidang malaria di setiap kabupaten endemis dan berpotensi KLB- malaria
- e. Agar mortalitas dan morbiditas turun 50% dari keadaan tahun 2000 di setiap wilayah kabupaten endemis malaria.
- f. Agar lingkungan pemukiman penduduk , Tempat Tempat Umum (TTU) dan tempat usaha terbebas dari nyamuk malaria.
- g. Agar tersedia dan terjangkau upaya pemberantasan malaria secara terpadu dan bermutu di semua tingkat pelayanan kesehatan.

Tujuh langkah strategis Gebrak Malaria adalah :

- a. Kabupaten/Kota membuat peta endemisitas dan permasalahan malaria yang berdasarkan besaran serta luasnya.
- b. Identifikasi potensi masyarakat dan sektor terkait yang berupa identifikasi sumber daya, potensi serta sektor swasta terkait.
- c. Penyusunan rencana strategis gebrak malaria yang berupa identifikasi kebutuhan serta keterlibatan sektor terkait, melakukan negosiasi serta advocacy, pertemuan, menyusun visi dan misi serta menetapkan langkah langkah operasional dengan lintas program dan lintas sektoral
- d. Persetujuan Kepala Wilayah/Pemerintah Daerah serta melakukan advocacy dengan DPRD (Komisi E) dalam rangka penyusunan rencana strategis Gebrak Malaria.

- e. Rencana Kerja Operasional Terpadu (*Joint Action Plan*) gebrak malaria yang dibuat bersama dengan lintas program dan lintas sektor
- f. Pelaksanaan gebrak malaria oleh sektor kesehatan sebagai *Leading Sector* dimulai dari tingkat kabupaten, kecamatan dan desa
- g. Monitoring dan evaluasi mengenai dampak kesehatan, cakupan maupun kualitas, keterlibatan masyarakat serta jaring kemitraan.

4. Pengembangan kemitraan (*building linkages*).

Tujuan dilakukannya upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular adalah untuk mengurangi akibat buruk dari berbagai penyakit menular. Salah satu strategi utama untuk mencapai tujuan tersebut adalah melalui upaya pengembangan kemitraan antar Institusi Pemerintah (lintas program dan sektoral), swasta termasuk organisasi profesi, pelayanan kesehatan swasta serta masyarakat. Agar pengembangan kemitraan lebih terfokus dan berdaya guna, maka sebagai langkah awal sangat diperlukan adanya satu kerangka pikir yang jelas dan terarah dari upaya pengembangan kemitraan dan perlu dilakukan analisa system (input, proses, output). Keluaran yang diharapkan adalah pengembangan kemitraan diantara institusi, baik pemerintah maupun swasta dan masyarakat sesuai dengan kemampuan dan kesepakatan bersama. Untuk mencapai output yang diharapkan diharapkan adanya input yang memadai yaitu tersedianya kebijakan ,konsep, pedoman yang baku dan jelas, sarana, dana, tenaga dan teknologi serta Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

Pengembangan kemitraan dalam upaya kesehatan termasuk upaya pemberantasan malaria adalah kebersamaan dari sejumlah pelaku dalam mencapai tujuan yang sama yaitu untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yang didasarkan atas kesepakatan tentang peran dan prinsip masing masing pihak.. Berdasarkan pada pengertian tersebut, maka dalam sebuah kemitraan, setiap pihak yang bermitra harus saling berimbang dalam daya dan pengaruh (*balance of power and influence*) atau dengan kata lain harus selalu mengupayakan kesetaraan/keadaan yang setara dan seimbang. Kemitraan nilai nilai hakiki (*core values*) dan jatidiri dari masing masing pihak tetap dipertahankan ¹⁵⁾.

Suatu pengembangan kemitraan (*building linkages*) merupakan suatu kerjasama kemitraan yang dibangun atas dasar prinsip prinsip kesetaraan (*equity*), keterbukaan (*transparency*), dan saling menguntungkan (*mutual benefit*) secara efektif dan efisien dalam mencapai tujuan bersama yang telah ditetapkan.

Sebuah kemitraan sangat tergantung dari “siapa” dan “tujuan” apa yang hendak dicapai. Suatu kemitraan bisa digolongkan dalam berbagai tipe atau variasi seperti : aliansi, koalisi, jejaring, konsorsium, kooperasi dan sponsorship. Membangun suatu kemitraan merupakan suatu proses yang bentuk, tujuan maupun tanggung jawab dari setiap pihak harus dirumuskan serta ditetapkan terlebih dulu. Kalau hal tersebut sudah dilakukan, maka setiap pihak terbuka kesempatan untuk mengkreasikan berbagai kegiatan sepanjang masih dalam ruang lingkup kesepakatan. Dalam suatu kemitraan setiap pihak bisa memberikan “ apa yang terbaik” bagi kemitraan. Sebagai contoh dari sektor kesehatan bisa memberikan keahlian teknis yang kredibel, sementara dunia usaha bisa

memberikan keahlian managerial, kemampuan pemasaran serta logistik, sedangkan LSM bisa memberikan pengetahuannya tentang sosial budaya lokal. Dalam kaitannya dengan penyediaan dan hasil (delivery and out come) kemitraan bertujuan untuk memberikan penyediaan yang produktif dengan keuntungan maksimal. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah menetapkan beberapa prinsip dan kriteria kemitraan yang telah menjadi acuan Departemen Kesehatan RI dalam menerapkan prinsip kemitraan di Indonesia. Salah satu prinsip kemitraan yang disyaratkan WHO adalah harus menghormati sistem dan nilai “Sehat Untuk Semua” (*Health for All*), dan harus didasarkan atas keterbukaan, akses yang seimbang, melindungi reputasi WHO, suatu kemitraan bila perlu bisa diatur untuk diakhiri dan keterbukaan dalam hal pendanaan¹³⁾. Khusus Kebijakan, Konsep dan Pedoman Gebrak Malaria harus disosialisasikan melalui pertemuan, seminar, workshop, semiloka, serta pendidikan dan latihan kepada semua institusi sebagai suatu proses yang berkesinambungan dalam mencapai output yang telah disepakati bersama. Untuk jelasnya kerangka pikir tersebut bisa dilihat diagram dibawah ini.

Tabel 2.6.

Input	Proses	Output	Out come
Konsep kemitraan Pedoman kemitraan Rencana kegiatan Sarana/dana/teknologi SIK	Sosialisasi Seminar Workshop Semiloka Diklat Supervisi Rakerda Problem Solving Analisis	Peningkatan peran aktif Lintas Sektor Lintas Program Organisasi Profesi LSM Dunia usaha Masyarakat	IR / CFRmenurun

KERANGKA PIKIR PENGEMBANGAN KEMITRAAN GEBRAK MALARIA

Sumber : Ditjen PPM-PLP. 2000.

Dari matriks tersebut diatas , maka diperlukan suatu prinsip prinsip

kemitraan yang perlu diperhatikan yaitu : ¹⁵⁾

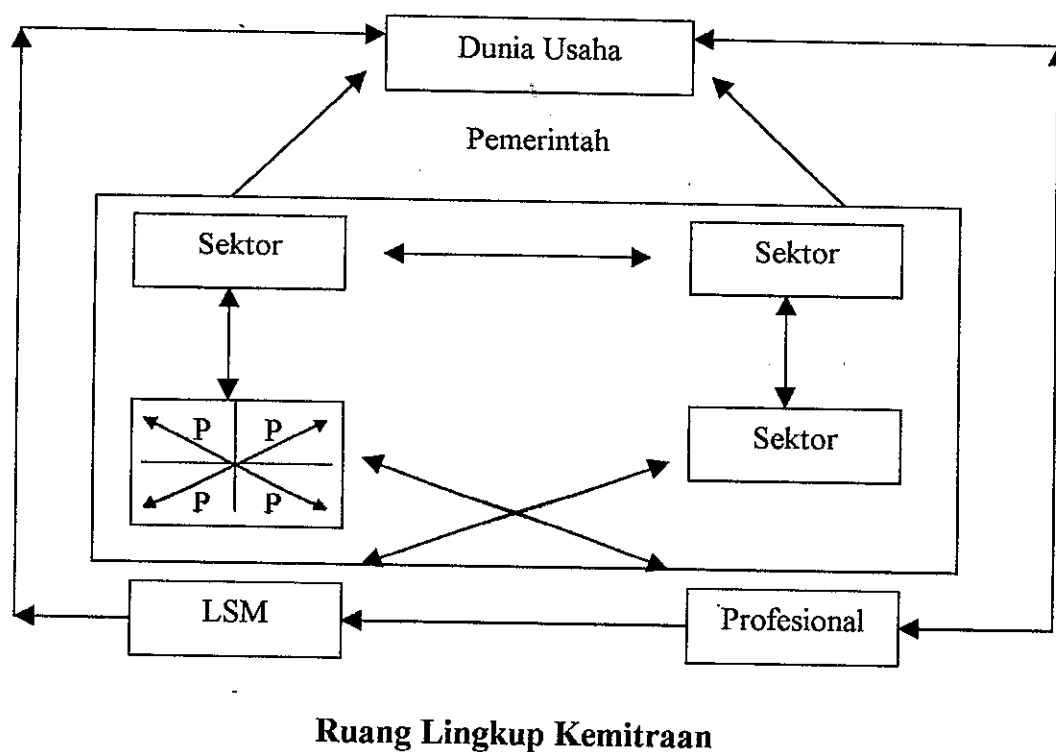
- a. Kejelasan tujuan, kesepakatan wahana serta mekanisme kerja yang dijabarkan secara jelas serta disosialisasikan kepada mitra, bersifat konkrit, bisa diukur, dan bisa meyakinkan kepada berbagai pihak. Pihak lain akan mau bekerjasama dengan semangat kemitraan sesuai dengan kondisi dan kemampuan masing masing sector terkait.
- b. Jejaring kemitraan akan melibatkan banyak sector akan memerlukan suatu penataan koordinasi yang teratur dan jelas. Jejaring kemitraan tersebut harus memiliki suatu wahana dan mekanisme kerja yang jelas pada setiap jenjang administrasi agar bisa menumbuhkan efisiensi dan efektifitas kerja.

c. Kejelasan masing masing peran pada setiap institusi terkait

Kejelasan peran sangat penting karena siapa berbuat apa akan menumbuhkan motivasi tersendiri. Program Gebrak Malaria harus dijelaskan dan merinci kegiatan apa saja yang akan dilakukan serta menawarkan peran apa yang akan dilakukan oleh Institusi lain atas dasar kesetaraan, dan bisa melakukan usulan peran sehingga bisa terjadi proses negosiasi atas dasar saling menguntungkan.

Ruang lingkup kemitraan bisa meliputi pemerintah, dunia usaha, LSM/Ormas, organisasi profesi dan lain lain yang bisa dilihat diagram dibawah ini.

Gambar 2.7.



Sumber : Ditjen PPM-PLP, 2000.

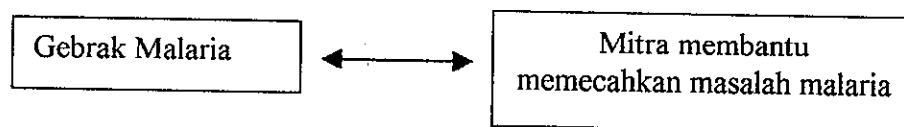
Ket :

- ↔ = Bekerja sama
 Sektor = Sektor pada pemerintah
 P = Program dalam sektor

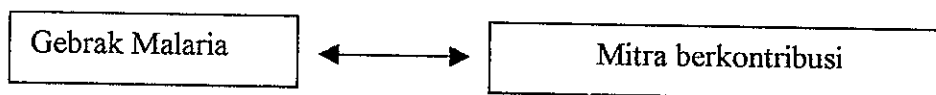
Model suatu jejaring kemitraan bisa dilihat diagram dibawah ini :

Gambar 2.8.

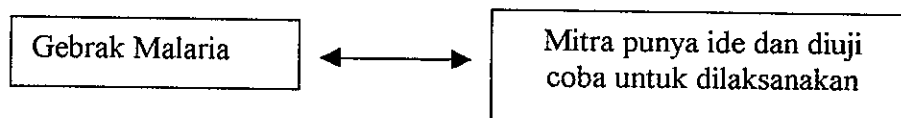
Model 1



Model 2



Model 3



Sumber : Ditjen PPM-PLP. 2000.

Model kemitraan tersebut diatas bisa berubah sesuai dengan situasi, kondisi serta kebutuhan setempat dan sasaran utama kemitraan adalah seluruh institusi yang diperlukan dalam kegiatan gebrak malaria, baik langsung maupun tidak langsung, melalui strategi pembangunan kemitraan (*building linkages*)

Pada hakikatnya strategi membangun kemitraan adalah melakukan mobilisasi sumber daya, melalui beberapa cara yang secara operasional bisa berupa 15) :

a. Advokasi

Advokasi merupakan seni yang merupakan tindakan terarah ditujukan kepada Pembuat Keputusan untuk mendukung suatu issue kebijakan yang spesifik. Tujuan advokasi malaria adalah agar terjadi perubahan kebijakan, implementasi dan perubahan perilaku dalam upaya penanggulangan malaria yang mendukung program gebrak malaria dalam mencapai Indonesia Sehat 2010. Suatu advokasi yang sukses bisa menyuarakan topik kepedulian dengan cara membangkitkan semangat sehingga orang lain yang beraksi dengan memanfaatkan suatu peluang yang tepat.

Indikator keberhasilan advokasi bisa berupa indikator input yaitu adanya kajian data sebagai informasi serta pedoman pelaksanaan gebrak malaria, indikator proses digunakannya sistem informasi gebrak malaria, yaitu terlaksananya advokasi, dipahaminya gebrak malaria dan adanya pertemuan rutin gebrak malaria. Indikator output adalah adanya kebijakan dan dokumen kebijakan gebrak malaria, dan merupakan indikator dampak adalah tidak adanya KLB malaria, perubahan peta situasi malaria serta meningkatnya status kesehatan masyarakat.

b. Pemberdayaan masyarakat (*social empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat diselenggarakan dengan caramelakukan Komunikasi, Edukasi dan Informasi (KIE), pemasaran sosial, disiminasi informasi dan mengembangkan sistem penghargaan..

c. Dukungan sosial (*social support*)

Kegiatan ini dengan melakukan kegiatan penyuluhan, lokakarya, seminar dengan tujuan agar bisa menyebar luaskan informasi dan menciptakan iklim yang kondusif dalam mendukung kegiatan program pemberantasan malaria

d. Penggalangan kemitraan

Dengan kegiatan mengidentifikasi stake holder, membangun jejaring kerjasama, mengintegrasikan sumberdaya serta mengadakan pertemuan berkala.

e. Keterpaduan Program

Dilakukan dengan cara memadukan program dengan memanfaatkan semua sumber daya yang ada pada masing masing sektor terkait..

f. Profesionalisme

Profesionalisme dilakukan dengan menstandarisasi tolok ukur keberhasilan mekanisme kemitraan dan menyusun suatu panduan kemitraan

g. Desentralisasi

Kemampuan dibidang perencanaan, pengambilan keputusan, memobilisasi sumber dana dan melaksanakan strategi operasional kemitraan khusus (lintas batas Kabupaten/ Kota/Propinsi)

Penyakit menular termasuk penyakit malaria merupakan suatu masalah yang sangat kompleks yang tidak bisa diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri namun harus melibatkan berbagai sektor lain seperti aspek sosial, budaya, ekonomi, pendidikan, lingkungan dan lain lain. Dalam usaha pengendalian penyakit malaria pihak kesehatan harus bermitra dengan pihak lain. Kemitraan dengan pihak lain akan bervariasi menurut besarnya maupun distribusi masalah spesifik daerah karena disebabkan oleh karena ketersediaan sumber daya akan berbeda daerah satu dengan lainnya. Mengembangkan suatu kemitraan dalam upaya pemberantasan malaria bisa dilakukan beberapa langkah kegiatan yang pada dasarnya sama dengan proses pengambilan keputusan (*problem solving approach*) yaitu : pengenalan masalah, prioritas/seleksi masalah, mengidentifikasi calon dan peran mitra, kesepakatan, menyusun rencana kerja, serta pemantauan dan evaluasi..

1). Pengenalan masalah.

Setiap jenis kegiatan yang dikembangkan harus bisa dan diarahkan pada upaya pemecahan masalah yang benar, spesifik dan lengkap. Identifikasi masalah perlu dilakukan untuk mengkaji kesenjangan antara target program dengan hasil yang dicapai pada periode tertentu. Masalah kesenjangan inilah yang nantinya memerlukan mitra dalam pemecahan masalah. Tujuan dari tahap ini adalah untuk mengenal, merumuskan yang dihadapi secara tepat, lengkap dan benar. Dengan demikian maka output pengenalan masalah adalah didapatkannya rumusan masalah yang harus dipecahkan.

2). Seleksi masalah- dan prioritas masalah.

Mengenal dan merumuskan masalah tidak bisa dilakukan dengan mengembangkan asumsi, namun harus didukung oleh data, baik dari data primer maupun sekunder. Langkah selanjutnya adalah dilakukan weighting /scoring (pembebanan/skoring) sesuai dengan berat ringannya masalah yang dihadapi.

3). Identifikasi calon mitra kerja.

Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk mengetahui dan mengenal berbagai calon mitra kerja yang nantinya diharapkan mau dan mampu bermitra kerja. Output dari kegiatan ini adalah diperolehnya daftar instansi/institusi, baik pemerintah, non pemerintah maupun masyarakat diwilayah kerja. Hal hal yang perlu diidentifikasi adalah : nama institusi, alamat, susunan kepengurusan, jenis kegiatan, rencana kegiatan dan peminatan serta potensinya.

4). Identifikasi peran calon mitra kerja.

Tujuan dari kegiatan ini adalah mendapatkan kejelasan peran dari setiap calon mitra kerja. Keluaran yang diharapkan berupa rincian peran dari setiap calon mitra kerja atau penyusunan peran dari setiap calon mitra kerja . Tahapan ini perlu dilakukan karena akan menimbulkan hal hal yang positif antara lain : menumbuhkan rasa memiliki, menjelaskan peran, serta menumbuhkan motivasi.

5). Menumbuhkan kesepakatan.

Tujuan dari tahapan ini adalah untuk menumbuhkan kesepakatan dan keinginan dari pihak lain untuk bekerjasama sesuai dengan kemampuan peran masing masing dalam menyelenggarakan program kemitraan. Keluaran

kegiatan ini adalah berupa pernyataan kesanggupan dan keinginan untuk bekerjasama baik secara tertulis maupun lisan. Pernyataan kesanggupan ini adalah penting dalam segi hukum karena bisa dijadikan pegangan baik dari aspek legal maupun manajemen karena bisa dijadikan instrumen baik untuk pengembangan, pemantauan maupun evaluasi.

6). Menyusun rencana kerja.

Kesepakatan yang sudah dibuat harus ditindak lanjuti dan direalisasikan dalam bentuk rencana kerja. Syarat penting yang harus diperhatikan adalah : adanya kejelasan tujuan, rencana kegiatan dan tersedianya wahana dan mekanisme yang jelas

7). Pelaksanaan kegiatan

Dalam pelaksanaan kegiatan antar institusi termasuk urutan kegiatan, jadwal kegiatan merupakan hal yang penting untuk diperhatikan sehingga kegiatan akan lebih terarah. Peran pemimpin disini sangat penting dalam hal penerapan cara cara secara fleksibel, konsisten, proaktif, tanggap dan peka terhadap berbagai masalah serta hambatan yang timbul.

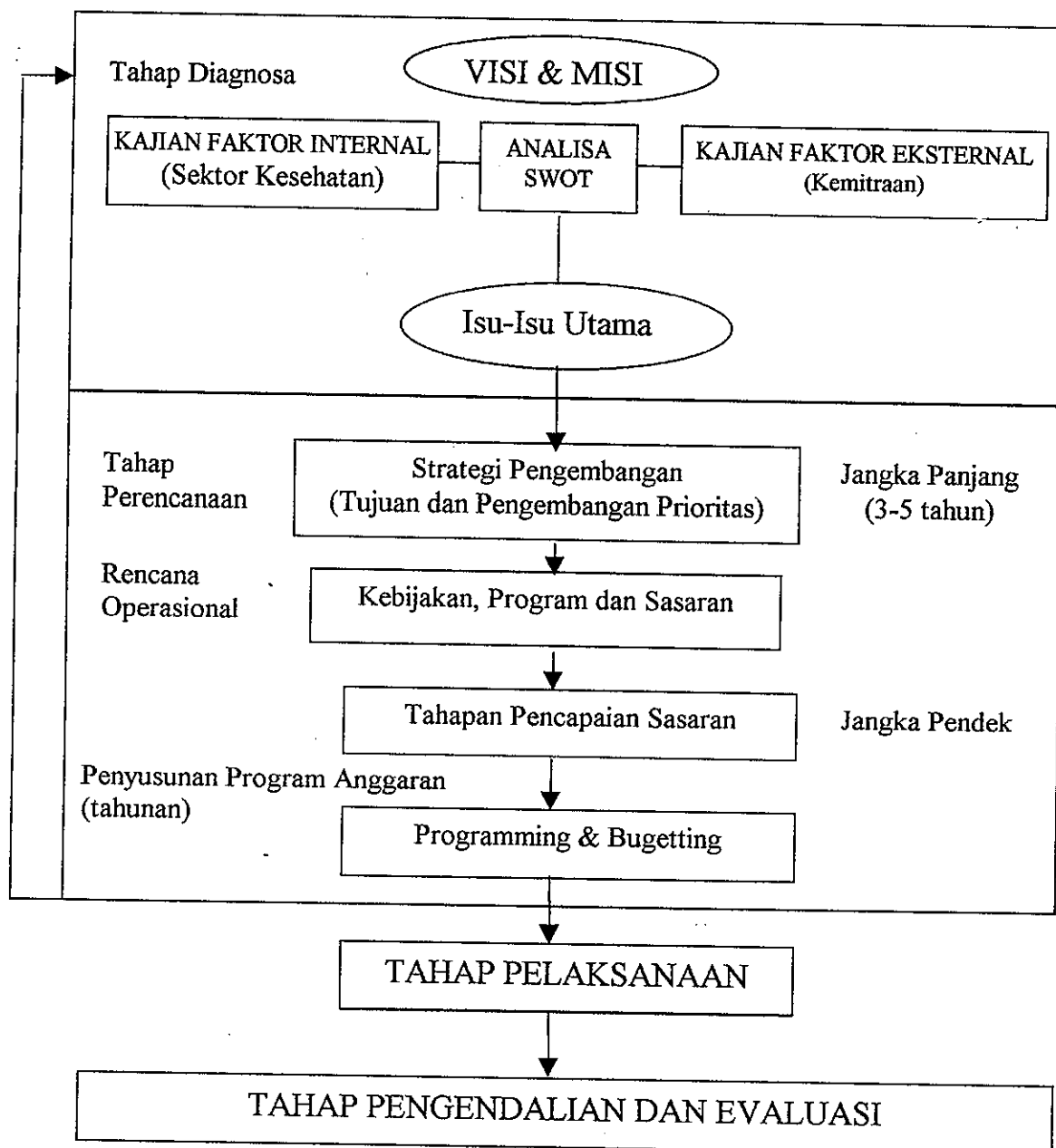
8). Pemantauan dan Evaluasi

Dalam pemantauan dan evaluasi diharapkan akan memperoleh data dan informasi termasuk berbagai masalah maupun hambatan sebagai bahan umpan balik serta koreksi terhadap pelaksanaan kegiatan. Secara teknis kegiatan pemantauan dan evaluasi bisa dilakukan secara pasif melalui laporan baik lisan maupun tulisan secara berkala maupun proaktif yang berupa supervisi, bimbingan teknis maupun lewat telepon maupun faximili. Tindak lanjut sangat

penting untuk segera dikerjakan baik pada saat pemantauan maupun sesudah pemantuan.

Evaluasi kegiatan perlu dilakukan agar pelaksanaan kegiatan bisa diketahui hasil akhirnya (*ultimate goals*) yang merupakan cerminan dari kemampuan penyelenggara dalam melakukan pada tahap perencanaan, pelaksanaan termasuk pemantauan serta evaluasinya sendiri. Suatu proses evaluasi yang baik harus mengacu serta menggunakan indikator atau tolok ukur maupun pathok duga yang sudah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi bisa dikerjakan pada saat pertengahan kegiatan (*mid term*) atau hasil akhir kegiatan (*final term*) dan indikator ini bisa digunakan pada input, proses, out put / out come. Dari uraian uraian teoritis tersebut diatas, maka dibuat suatu kerangka teoritik seperti dibawah ini:

Gambar 2.9.



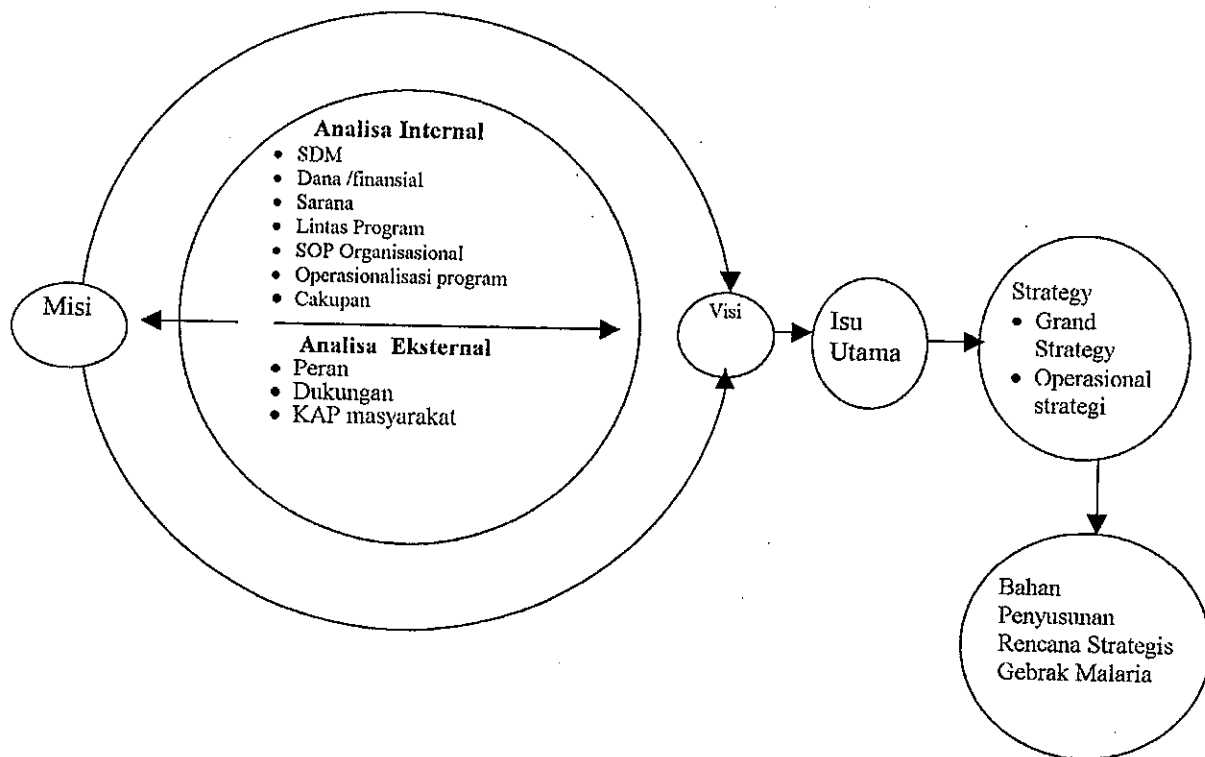
Kerangka Teoritik

Sumber : Trisnantoro (1998).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual Penelitian



Definisi operasional variabel :

- a. Analisa situasi faktor lingkungan internal yang dimaksud adalah lingkungan dalam sektor kesehatan yang berupa :
 - 1) Advokasi adalah kegiatan Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Cilacap dalam selama dua tahun belakangan ini rangka pendekatan atau mencari dukungan kepada Pemerintah Kabupaten (Bupati dan DPRD) dalam program Gebrak Malaria yang dinyatakan berupa informasi (kualitatif).

- 2) Dukungan dan peran serta Lintas Program adalah dukungan maupun peran serta dari seksi PKL (Penyehatan Kesehatan Lingkungan) dan seksi PKM (Penyuluhan Kesehatan Masyarakat) dalam program Gebrak Malaria.
- 3) *Standard Operation Procedure* (SOP) adalah kepatuhan petugas dilapangan terhadap SOP yang telah ditentukan oleh program pemberantasan malaria
- 4) Dana /anggaran /finansial yang dimaksud adalah jumlah biaya yang diberikan kepada DKK oleh pihak lain baik pemerintah maupun swasta yang dipergunakan dalam pemberantasan malaria. Sumber biaya ini bisa berasal dari APBN, APBD maupun bantuan penyandang dana. (*Donor Agency*) selama dua tahun dengan melihat arsip anggaran .
- 5) Sarana/prasarana yang dimaksud adalah barang barang baik bergerak maupun tidak bergerak yang dipergunakan dalam pemberantasan malaria selama dua tahun dengan melihat arsip logistik maupun dengan pengamatan (observasi) langsung.
- 6) Organisasi yang dimaksud adalah susunan atau struktur organisasi dilingkup Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap beserta tugas dan fungsinya (tupoksi) baik langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan program pemberantasan malaria.
- 7) Issue utama adalah peluang yang akan ditangkat dimasyarakat untuk meraih tujuan.

b. Analisa situasi faktor lingkungan eksternal

Yang dimaksud lingkungan eksternal adalah lingkungan diluar sektor kesehatan yang terdiri dari instansi teknis Pemerintah Kabupaten yaitu BAPPEDA, Dinas Perikanan, Kehutanan, Pertanian dan Pengairan, PMO, PU, BPN, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), Organisasi profesi, dan PSP Masyarakat Kampung Laut secara sampling sederhana untuk diidentifikasi tentang :

- 1) Dukungan /partisipasi adalah kegiatan apa yang akan dan telah dan akan dikerjakan *Stake Holder* terhadap program Gebrak Malaria.
- 2) Peran adalah *Stake Holder* akan berbuat apa (kontribusi) terhadap program Gebrak Malaria di Kampung Laut.
- 3) Sumber daya adalah sesuatu baik berupa barang maupun bantuan teknis (*technical assistance*), tenaga maupun dana yang diberikan dalam program Gebrak Malaria.
- 4) PSP dan tuntutan masyarakat adalah pengetahuan, sikap, perilaku, tuntutan serta harapan masyarakat Kampung Laut terhadap program Gebrak Malaria.

B. Jenis dan sifat penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif yang bersifat deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk mencandra maupun menggambarkan suatu keadaan atau informasi serta menggali secara mendalam sebagai *evidence base* yang dilakukan secara sesaat.

C. Subyek dan metoda pengumpulan data

Data primer yang bersifat kualitatif diperoleh dari :

- a. **Lingkungan internal** (sektor kesehatan) dengan melakukan wawancara dengan memakai kuesioner terbuka serta melakukan pengamatan dengan memakai daftar tilik (*checklist*).
- b. **Lingkungan eksternal /Stake Holder** dengan melakukan wawancara terbuka serta diskusi yang dilakukan pada tanggal 12 dan 13 Juni 2001 . Pengetahuan, sikap, perilaku masyarakat serta harapan dan tuntutan masyarakat mengenai upaya pemberantasan malaria yang berdiam /tinggal didesa masalah malaria dengan insidensi tinggi yaitu didesa Ujung Alang yang dipilih 4 grumbul/ dukuh dengan masalah malaria yaitu Klaces, Motean, Sidamulya dan Klapakerep (*purposive sampling*) sedangkan unit observasinya (responden) dilakukan secara random per Grumbul dengan jumlah sampel minimum sebagai berikut :

$$n = z^2.pq/d^2$$

Keterangan :

- p = proporsi perkiraan kepala keluarga yang tahu dan mengerti tentang malaria 50% (separo dari jumlah kepala keluarga yang ada)
- q = proporsi perkiraan kepala keluarga yang tidak tahu atau mengerti tentang malaria (1-p)
- N = besarnya populasi (kepala keluarga) = 802

n = besarnya sampel

d = degree of precision (0.1)

z = confidence coefficient

nf = minimal sample size

$n = 3.84 (0.25)/0.01 = 96$ sampel

$nf = 96/1+96/802 = 85$ sample

85 sample dibagi pada 4 grumbul, jadi masing-masing grumbul akan dilakukan survai pada 21 KK secara random.

Pengumpulan data sekunder dengan melakukan studi dokumen/arsip dari laporan rutin, hasil supervisi, notulen pertemuan yang berhubungan dengan upaya pemberantasan malaria dengan cara mem -foto copy.

Pengumpulan data sekunder sebagai data penunjang berupa :

- a. Profil Kabupaten yang meliputi : kebijakan, demografi, indikator kesehatan, sosial ekonomi, topografi, iklim, status kesehatan masyarakat
- b. Profil sistem kesehatan yang terdiri dari : struktur organisasi serta fungsinya, jaminan mutu, fasilitas pelayanan kesehatan, peraturan perundangan, system informasi kesehatan (SIK), logistik, sumber daya dan dana, perencanaan kesehatan, manajemen, advocacy, promosi kesehatan, Juru Malaria Desa (JMD), supervisi, monitoring dan evaluasi.
- c. Situasi malaria yang terdiri dari : *population at risk*, stratifikasi, distribusi kasus kasus/kematian, epidemiologi malaria, jenis/spesies vektor malaria.

- d. Program Pemberantasan Malaria yang terdiri dari manajemen program, kegiatan pemberantasan, partisipasi masyarakat, *performance* program, sistem kewaspadaan dini (SKD), penyemprotan, surveilans, pemetaan/potret kemitraan Gebrak Malaria serta sumber dayanya.

Agar bisa memperoleh data yang cukup valid, maka telah dilakukan :

- a. Cross check dengan sumber /orang yang berbeda.
- b. Disamping wawancara terbuka, juga dilakukan observasi langsung dilapangan
- c. Cross chek dengan laporan yang ada di Propinsi.

D. Metoda pengumpulan data.

1). Faktor Internal

Tabel 3.1.

Faktor Internal

Responden	Materi	Metoda/data
1. Kepala Dinas kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Kebijakan malaria - Advokasi - Managerial - Kerjasama - Kedudukan dalam Gebrak malaria - Umum 	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara dengan kuesioner terbuka - Kualitatif
2. Ka Seksi P2M	<ul style="list-style-type: none"> - Materi upaya pemberantasan malaria - Managerial - Kerjasama - Kedudukan dalam Gebrak 	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara dengan kuesioner terbuka - Kualitatif

	malaria - Umum	
3. Kepala Seksi PKL	- Peran /dukungan/kontribusi - Kerjasama - Kedudukan dalam Gebrak Malaria - Umum	- Wawancara dengan kuesioner terbuka - Kualitatif
4. Petugas Pustu Plus di Kampung Laut (Perawat, Mikroskopis)	- Komponen Pengetahuan, Sikap dan Perilaku - Komponen kegiatan - Komponen fasilitas/reward - Pembinaan/supervisi - Evaluasi kegiatan - Pendorong, dan penghambat - Cakupan program - Umum	- Wawancara terstruktur - Kualitatif/kuantitatif
5. Juru Malaria Desa (JMD)	- Komponen Pengetahuan, Sikap dan Perilaku - Komponen kegiatan - Komponen Kinerja - Komponen fasilitas/reward - Faktor pendorong dan penghambat - Pembinaan/supervisi - Evaluasi kegiatan - Umum	- Wawancara terstruktur - Kualitatif/kuantitatif

3.2. Analisa faktor eksternal

Tabel 3.2.

Faktor Eksternal

Responden	Materi	Metoda/data
1. Perikanan	<ul style="list-style-type: none"> - Peran serta - Dukungan/bantuan - Kebijakan - Managerial - Monev - Umum 	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara dengan kuesiner terbuka - Kualitatif
2. Pertanian	<ul style="list-style-type: none"> - Peran serta - Dukungan/bantuan - Kebijakan - Managerial - Monitoring-evaluasi - Umum 	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara dengan kuesioner terbuka - Kualitatif
3. Kehutanan	Sda	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara dengan kuesiner terbuka - Kualitatif
4. PMO (Project Management Officer) Segara Anakan	Sda	Sda
5. Pekerjaan Umum	Sda	Sda
6.BPN	Sda	Sda
7. LSM(YSBS)	Sda	Sda
8. Dunia Usaha (PHRI)	Sda	Sda
9. Organisasi profesi (IDI,PPNI,HAKLI)	Sda	Sda
10. Masyarakat Kampung Laut	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan, Sikap dan Perilaku - Harapan/tuntutan - Umum 	<ul style="list-style-type: none"> - Wawancara terstruktur - Kualitatif/kuantitatif/

E. Rencana jalannya penelitian.

Pada tahap awal melakukan persiapan di Semarang berupa pengumpulan data sekunder yang berasal dari laporan rutin malaria (mingguan, bulanan dan tahunan) dari Kabupaten Cilacap yang dikirim ke Propinsi, serta menelaah kepustakaan yang berhubungan dengan Upaya Pemberantasan Malaria/Gebrak Malaria (Buku, Pedoman, Buletin, Jurnal). Kemudian melakukan studi pendahuluan (*preliminary study*) ke Kabupaten Cilacap untuk mengumpulkan data data awal dengan maksud untuk mengetahui layak tidaknya penelitian ini dilaksanakan. Kemudian mempersiapkan alat/instrumen penelitian serta melakukan uji coba (*trial*) instrumen yang telah dipersiapkan penggunaan instrumen penelitian sebelumnya dilakukan pelatihan terlebih dulu dengan 2 orang petugas yang diambil dari pelaksana program malaria Kabupaten Cilacap akan membantu melakukan wawancara dalam rangka menyamakan persepsi/pengertian mengenai kuesioner/daftar tilik yang akan digunakan.

F. Tahap analisa data

Tahap analisa data dengan melakukan *editing*, pengolahan serta analisa pencandraan (*deskriptif*) berupa analisa isi (*content analysis*).

- a. Data sekunder disajikan dalam bentuk tabel, grafik, peta, bagan serta dideskripsikan secara naratif.
- b. Data primer dari hasil survai KAP masyarakat dan hasil wawancara mendalam akan dianalisa secara diskriptif (kualitatif) serta didiskripsikan secara narasi.

Analisa SWOT dilakukan untuk mengetahui kekuatan, kelemahan dan kesempatan, ancaman/tantangan dan dilakukan analisa diagram untuk mengetahui issue strategis dan kemudian akan disusun strategi pengembangan/utama dan operasional . Dari hasil analisa tersebut, kemudian dijadikan dasar (*evidence base*) sebagai rekomendasi dalam melakukan penyusunan Perencanaan Strategis Gebrak Malaria di Kampung Laut Kabupaten Cilacap untuk kurun waktu 5 tahun (2000 – 2005)

Rencana analisa SWOT adalah sebagai berikut :

Tabel 3.3.

Rencana Tabel Analisa

Area	Strength	Weaknesses	Opportunities	Threats
Tingkat Kabupaten				
SDM				
Managemen dan resources				
SIK				
Kebijakan				
Logistik				
Perencanaan s/d evaluasi				
Puskesmas				

Tabel 3. 4

Tabel masalah/issue utama .

Masalah/Issue serta alasan	Rekomendasi tindakan

Tabel 3.5

Tabel strategi

Strategi	Komponen	Baseline	Diharapkan
Kemitraan			
Teknis operasional			
Managerial			
SIK			
Monev			

Tabel 3.6.

Proses Perencanaan Strategis

Unit 1.

Langkah 1 Analisa SWOT	Data primer dan sekunder untuk menggali : - Kekuatan, kelemahan, kesempatan dan ancaman yang berhubungan dengan domain infrastruktur. Semua penemuan, ide dan saran dimasukkan kedalam kategori .
Langkah 2. Progress tree	Meninjau ulang (<i>review</i>) analisa SWOT untuk mengidentifikasi wilayah yang disurvei akan memperkuat kapasitas dalam upaya pemberantasan malaria dan kemudian dilakukan diagram linier sebab akibat (<i>linear cause and effect diagram</i>)
Langkah 3. Objective tree	Menata kembali komponen komponen diagram <i>progress tree</i> kedalam tujuan yang diinginkan (<i>objective</i>) yang merupakan landasan didalam penyusunan rencana strategis

Unit 2.

Langkah 4. Matriks perencanaan program	Memasukkan progress tree dan <i>objective tree</i> yang berhubungan kedalam <i>Project Planning Matrix</i> . Kemudian dilakukan identifikasi strategi maupun asumsi potensial yang diperlukan untuk mencapai <i>objective</i> .
---	---

Langkah 5. Logframe (rangkalog)	Dibuat kerangka logis (<i>logical framework</i>) yang bersisi maksud dan tujuan, output/outcome yang diharapkan serta kegiatan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.
Langkah 6. Checklist	Uji coba (trial) validitas logframe dan kalau perlu direvisi.
Langkah 7. Membuat Gann Chart	Penjadwalan kegiatan dengan horizon waktu.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Profil Kabupaten Cilacap

Kabupaten Cilacap berada di sebelah tenggara Jawa Tengah berjarak sekitar 250 Km dari Semarang dan berbatasan disebelah barat dengan Jawa Barat (Kabupaten Ciamis), sebelah utara Kabupaten Brebes, Banyumas, dan timur Kabupaten Kebumen.

Kabupaten Cilacap mempunyai luas areal 2.138.60 Km² atau 6,6% dari luas Jawa Tengah yang terdiri dari wilayah pantai, dataran rendah serta pegunungan dan mempunyai elevasi 0-600 meter diatas permukaan laut. Kabupaten Cilacap terdiri dari 22 Kecamatan, 282 desa. Kecamatan terjauh dan sulit transportasinya adalah Kecamatan Dayeuh Luhur dan Kampung Laut (Kecamatan Kawunganten). Hasil pantauan curah hujan selama 5 tahun, puncak curah hujan terjadi pada bulan Oktober – Nopember.

a. Sosial Ekonomi dan Kependudukan.

Jumlah penduduk Kabupaten Cilacap tahun 1999 adalah 1.642.725 jiwa yang tersebar di 22 Kecamatan, 282 desa dengan kepadatan 767 per kilometer persegi . Kepadatan tertinggi di Kecamatan Cilacap Selatan 8.049 per Km² (daerah industri) dan yang terjarang di Kecamatan Dayeuh Luhur.

Mata pencaharia penduduk Kabupaten Cilacap sebagian besar mata pencaharian penduduk adalah petani (49,1%), buruh tani (21,4%), perdagangan/industri (6,1%) , Pegawai Negeri (2,8%) dan lain lain (20,6%). Jumlah penduduk miskin 643.050 jiwa (39.1%) dan jumlah penganggur maupun setengah penganggur 72.523 orang.

Seperti dikota pelabuhan samudera lainnya, banyak pelaut lokal maupun asing yang turun untuk berbelanja sehingga harga harga sedikit lebih mahal dibanding dengan Kabupaten lain di Jawa Tengah. Penduduk Cilacap banyak yang bertransmigrasi ke Aceh, Sumatera , Kalimantan, Sulawesi dan Irian Jaya. Namun dengan adanya krisis (politik dan ekonomi) mereka pulang kembali ke Cilacap.

b. Indikator Kesehatan Masyarakat.

Menurut data tahun 1999 profil kesehatan Kabupaten Cilacap adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1.

**Indikator Kesehatan Masyarakat Kabupaten
Cilacap tahun 1999**

Indikator	Keterangan
1. Angka Kelahiran Kasar (CBR)	19.06 per 1000 penduduk
2. Angka Kematian Kasar (CDR)	4.68 per 1000 penduduk
3. Pertumbuhan penduduk	2.01 %
4. Pertambahan penduduk 1998- 1999	0.54 %
5. Umur Harapan Hidup	67.20 tahun
6. Angka Kematian Bayi (IMR)	21.20 per 1000 kelahiran hidup

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap tahun 2000.

Tabel 4.2.

**Angka kesakitan 28 penyakit dari pasien rawat jalan
Puskesmas tahun 1999 bisa dilihat dibawah ini :**

Penyakit	Jumlah kasus	Prosentase (%)
1. Diare	28.202	59.0
2. Desentri	6.199	13.0
3. ARI	4.268	8.9
4. TB-klinis	4.169	8.7
5. TB (BTA +)	1.983	4.2
6. Malaria Klinis	1.177	2.5
7. 22 penyakit lain	1.780	3.7
Total	47.778	100.0

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap.

c. Struktur Organisasi Kabupaten.

Menurut Struktur Organisasi Dinas Kesehatan terbaru menurut Perda Kabupaten Cilacap Nomer 30 Tahun 2000 tanggal 21 Desember 2000 terdiri dari kelompok jabatan fungsional dan struktural. Jabatan struktural terdiri atas 5 Subdin yaitu Subdin Pengembangan Program Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Pencegahan & Pemberantasan Penyakit serta Penyehatan Lingkungan (P2P dan PL), Kesehatan Keluarga dan Subdin Perencanaan. Untuk Pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria dibawah Seksi Pengamatan Penyakit dan Penyakit Bersumber Binatang (P2B2). (Struktur organisasi terlampir)

Ada 35 Puskesmas yang secara teknis maupun administrasi dibawah Pemda Kabupaten Cilacap. Program Pemberantasan Malaria adalah merupakan salah satu aktivitas pencegahan penyakit di Puskesmas.

d. Fasilitas kesehatan.

Menurut data tahun 2000 di Kabupaten Cilacap terdapat fasilitas pelayanan kesehatan antara lain :

Tabel 4.3.

Sarana kesehatan di Kab Cilacap

Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1. Rumah Sakit Kabupaten	2 buah
2. Rumah Sakit Swasta	2 buah
3. Puskesmas	35 buah
4. Pusk Rawat Inap	20 buah
5. Puskesmas Keliling	21 buah
6. Puskesmas dengan perahu	1 buah (Kawunganten)
7. Posyandu	1948 Posyandu
8. Kader Kesehatan	8.224 orang
9. Polindes	169 buah

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap.

Dari perhitungan menunjukkan bahwa 1 Puskesmas mempunyai rata rata 2.2 Puskesmas pembantu, melayani rata rata 47.000 penduduk dan setiap Kader Kesehatan akan melayani 200 penduduk. (Ratio 1 : 200).

e. Situasi penyakit Malaria .

Kabupaten Cilacap memiliki 2 Kecamatan endemis malaria yaitu Kawunganten (Kampung Laut) dan Nusawungu (Jetis) dengan jumlah penduduk sekitar 24.000 jiwa. Hampir semua Masyarakat Kampung Laut bekerja sebagai Nelayan dan Petambak yang bekerja pada malam hari sehingga mereka terpapar terhadap malaria. Kampung Laut termasuk wilayah kerja Puskesmas Kawunganten yang terdiri dari 3 desa (20 Grumbul/Dusun). Pada tahun 1984 sampai tahun 1989 semua desa /grumbul tersebut di teresiko malaria. Pada tahun 1984 telah terjadi KLB- malaria dengan 116 orang meninggal dunia dengan malaria. Semenjak tahun 1989 sampai tahun 1998 tidak lagi ditemukan penderita positif malaria., namun pada tahun 1999 terjadi kasus 1271 positif malaria dengan seorang meninggal dunia dengan puncak kasus pada minggu ke- 27 dan 29 (bulan Mei – Juni). Tahun 2000 meningkat menjadi 1658 positif malaria tanpa kematian. Hasil pengamatan selama ini menyatakan bahwa proporsi parasit *P. falcifarum* dan *P. vivax* seimbang. Apabila dianalisa kasus bulanan desa puncak kasus di Ujung Alang pada bulan Juli, Agustus dan Desember, desa Ujung gagak pada bulan Juli, Agustus dan Oktober, dan di Nusawungu (Jetis) pada bulan Oktober, Nopember dan Desember.

Peningkatan kasus Malaria berkaitan erat dengan adanya tambak terlantar, dampak perusakan hutan *mangrove* yang akan dibuat tambak udang, saluran air payau, dan persawahan non teknis . Tambak seluas 327 Ha baru dimanfaatkan 17 Ha, areal sawah seluas 180 Ha baru dimanfaatkan 113 Ha, dan sisanya

yang sangat baik untuk *breeding place* nyamuk malaria. Keadaan tersebut ditambah lagi dengan tidak terdeteksinya kasus impor dari pendatang musiman dari Jawa Barat di grumbul Begoan Nusakambangan. Tindakan pencegahan dan pemberantasan telah dilakukan, baik oleh Kabupaten sendiri, Propinsi maupun Pusat dengan jalan penyemprotan rumah, *Mass Drug Administration (MDA)*, ACD/PCD, survai kontak, pengangkatan lumut "Perut Ayam" serta pengobatan .

Tabel 4..4.

**Proporsi Plasmodium falcifarum Kabupaten
Cilacap Tahun 1996 - tahun 2000.**

Tahun	Diperiksa	Positif	API	P.f%
1996	24919	28	0.02	28.6
1997	15493	8	0.005	25.00
1998	7873	134	0.08	97.0
1999	13725	1557	0.94	80.7
2000	9401	1375	0.83	37.7

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap.

Tabel 4.5.

**Distribusi Penderita Malaria per Kecamatan di Kabupaten
Cilacap Tahun 1997 sampai dengan tahun 2000**

Kecamatan	1997	1998	1999	2000
Kawunganten	0	132	1327	1177
Jeruk Legi	1	0	27	16
Patimuan	0	0	32	8
Clc Selatan 1	0	0	43	15
Clc Tengah	0	0	15	6
Nusawungu	2	2	42	108
Lain lain	5	0	71	35
Jumlah	8	134	1557	1375

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap.

Strafikasi wilayah, insidensi, transmisi, keganasan serta reseptifitas tergantung dari lingkungan yang ada Daerah/wilayah di Kabupaten Cilacap yang terdiri daerah pantai/perairan, dataran rendah dan pegunungan. Didaerah pantai/perairan transmisi vektornya adalah *An. sundaicus* yang berkembang biak pada tambak yang tidak terurus, lagun serta sawah yang dimasuki oleh air asin (payau) pada saat laut pasang. Suatu Penelitian yang dilakukan oleh Depkes tahun 1985 secara *in-vitro falcifarum* terhadap klorokuin menyatakan bahwa desa Ujung Alang dan Ujung Gagak sudah resisten terhadap klorokuin.

Sampai saat ini di Kabupaten Cilacap hanya ada satu jenis vector malaria yaitu *An. sundaicus*. Vektor ini hidup di air payau (tambak, kolam, sawah yang

tidak terurus, maupun air di hutan bakau yang rusak). Jentik *An sundaicus* senang hidup di lumut "Perut Ayam" yang banyak terdapat di tambak tambak maupun kolam air payau. Suatu longitudinal survai entomologi menyatakan bahwa MBR (*Man Biting Rate*) meningkat mulai bulan Pebruari dan puncaknya pada bulan Oktober.

Annual Parasite Incidence (API), per desa selama 3 tahun bisa dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.6.

**API per 1000 penduduk per desa
tahun 1997 s/d 2000 di Kampung Laut**

Desa	Jml penduduk	Tahun 1998	Tahun 1999	Tahun 2000
Ujung Alang	4890	1.73	215.1	235.0
Ujung Gagak	3684	0	67.4	50.3
Panikel	4452	0	1,1	4.7
Jumlah	13.026	9.2	100.1	104.4

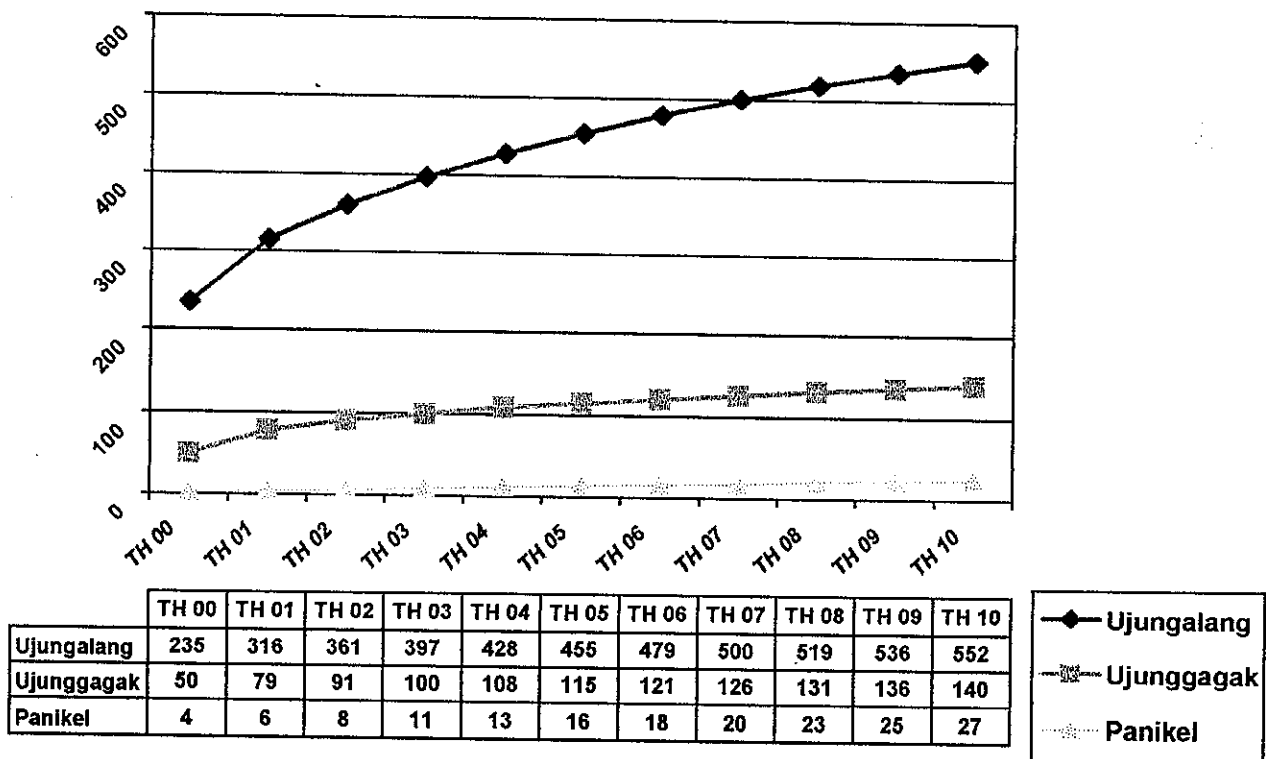
Berbagai upaya yang telah dilakukan oleh Bupati Cilacap antara lain menggalang kemitraan dengan lintas sektor, LSM, masyarakat industri pariwisata dalam menangani masalah malaria di Kampung Laut. Upaya tersebut antara lain : perbaikan lingkungan, penghutanan kembali (reboisasi) hutan *Mangrove*, pemberdayaan masyarakat dalam mengelola tambak dan sawah, pembangunan Puskesmas Pembantu (Pustu plus), Kantor Pembantu Camat dan PMO di Grumbul Klaces serta meningkatkan kewaspadaan terhadap malaria. Apabila di

Kampung Laut tidak dilakukan intervensi, maka masalah malaria akan bertambah meluas.

f. Frediksi Faktor yang berpengaruh (*Forecasting*)

Secara perhitungan statistik prediksi (*forecasting*) kejadian maupun perkembangan situasi malaria di 3 desa sampai dengan tahun 2010 bisa dilihat pada grafik perdiksi dibawah ini :

Grafik 4.1



Predikat Kasus Malaria Th. 2000 – 2010

Keterangan : Data diambil tanggal 12 Juni 2001 dan perhitungan statistik ada pada lampiran 10.

Prediksi ini sangat penting karena perencanaan strategis harus dimulai dengan gambaran situasi dan masalah dimasa depan yang mungkin terjadi yang kemudian akan diambil keputusan strategis dalam memecahkan masalahnya.

2. Faktor Internal

a. Sumber Daya Manusia (SDM).

Di Kabupaten Cilacap terdapat 88 Dokter (Umum maupun Spesialis) dan 44 Dokter (50%) bertugas di Puskesmas. Rata rata per Puskesmas dilayani oleh 1.3 Dokter dan 13.1 Paramedis. Ratio Dokter dengan penduduk 1 : 18.667 dan dengan Paramedis 1 : 2.159 penduduk. (daftar personil kesehatan di Kabupaten Cilacap terlampir). Di Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap terdapat Assiten Entomologi (1 orang), Co-Asisten Entomologi (1 orang) dan Mikroskopis (2 orang).

b. Juru Malaria Desa (JMD).

JMD hanya terdapat di Kampung Laut sebanyak 9 orang , 2 orang berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan sisanya berstatus harian lepas yang dihonor oleh Pemerintah Kabupaten sebesar Rp 150 ribu per bulan. Distribusi JMD tersebut di desa Ujung Alang (6 grumbul) sebanyak 4 orang, desa Ujung Gagak (3 grumbul) 2 orang dan desa Panikel (4 grumbul) sebanyak 2 orang JMD. Distribusi JMD per Desa/Grumbul adalah sebagai berikut :

Tabel.4.7

Distribusi JMD per Grumbul di Kampung Laut.

Desa/Kmpng	Grumbul	Juml penddk	Juml JMD	Keterangan
U. Alang	Klaces	694	2	Hrn lepas
	Motean	3361	.1	PNS
	Sd Mulya	486	1	Hrn lepas
	Klapakerep	432	-	
	Masigitsela	377	-	
	Mangunjaya	327		
U Gagak	Kr Anyar	2589	2	Hrn lepas PNS
	Pelindukan			
	Ciberem	744	1	Hrn lepas
Panikel	Panikel		1	Hrn lepas
	Bugel		1	Hrn lepas
	Muara dua			
	Kalen bener			
Total	13 grumbul		9 JMD	

c. Kader Kesehatan Desa.

Salah satu partisipasi masyarakat adalah adanya 8224 Kader PKK yang dipilih oleh masyarakat sendiri, yang secara nyata aktif dalam Posyandu.

d. Sumber Daya Finansial .

Alokasi total biaya di Sektor Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit tahun 2000 yang bersumber dari APBD Kabupaten sebesar Rp 25 juta, APBN

Rp 53 juta dan JPS sebesar Rp. 76 juta.- yang dialokasikan untuk Program Pemberantasan Malaria sebesar Rp. 73.360.000,- (69.2%)

Untuk tahun 2001 yang bersumber APBD Kabupaten sebesar Rp 30 juta, JPS Rp 38 juta dan yang dari APBN Rp. 12.960.000,-. Usulan untuk tahun 2001 sebesar Rp. 100 juta . Alokasi dana tersebut sebagian besar tersedot untuk pembelian racun serangga.

Tabel 4.8.

**Tabel barang habis pakai dan tidak habis pakai
program malaria di Kabupaten Cilacap tahun 2000 s/d 2001**

No	Nama obat/barang	Tahun 2000	Th 2001 *)
1.	Barang habis dipakai		
	a. Klorokuin	45 kaleng	16 kaleng
	b. Primakuin	26 kaleng	126.800 tablet
	c. Fansidar	4420 tablet	15.710 tablet
2.	Barang tidak habis		
	a. Spray can	15 buah	
	b. Mikroskop	4 buah	
	c. Fontan	2 buah	
	d. Slide	-	
	e. Bloot lancet	108.015 buah	
	f. Anisol	18.550 ml	
	g. Kertas lensa	80 buku	
	h. Slide box	-	
	i. Giemsa	2000 ml	

c. Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

Ada dua macam system informasi/pelaporan yaitu laporan program dan proyek. Laporan Program berasal dari laporan Puskesmas mengenai kegiatan reguler antara lain : cakupan survailans, hasil pemeriksaan slide, pengobatan, penyemprotan, larvisiding. Laporan tersebut dikompilasi di Kabupaten yang kemudian dilaporkan ke Propinsi..Laporan proyek tersebut berasal dari semua kegiatan yang dibiayai oleh proyek. Di Puskesmas Pembantu (Pustu) Grumbul Klaces sudah tersedia komunikasi radio .

d. Penyuluhan.

Kegiatan penyuluhan dilakukan bekerja sama dengan Seksi PKM Kabupaten berupa penyuluhan langsung, maupun berupa poster, leaflet, booklet. Belum pernah dilakukan evaluasi/penilaian mengenai dampak penyuluhan tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku masyarakat mengenai malaria.

e. Supervisi, Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan supervisi, monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Petugas Kabupaten ke Puskesmas dan Petugas Puskesmas ke Desa. Kegiatan ini sulit dilihat aktifitasnya oleh karena tidak ada informasi/data tertulis serta tidak dilakukan secara teratur dan sistimatis..

f. Program Pemberantasan Malaria

1). Kegiatan Pencegahan dan Pemberantasan Malaria

Secara garis besar kegiatan pencegahan dan pemberantasan malaria terdiri atas : penemuan penderita, managemen kasus, dan pengendalian

vector. Secara operasional kegiatan tersebut berupa : ACD/PCD, pemeriksaan laboratorium, penyemprotan rumah, pengobatan malaria klinis, penyelidikan epidemiologi, kelambunisasi ,survai kontak – tindak lanjut, larvasiding dan survailans malaria.

Tabel 4.9.

**Total Slide (ACD,PCD dan lain lain) yang diperiksa
tahun 1996 s/d 2000 di Kampung Laut
Kabupaten Cilacap**

Tahun	Penduduk	Total diperiksa	ABER (%)
1996	1642984	24919	1.5
1997	1642984	15493	0.9
1998	1642984	7873	0,5
1999	1642984	13725	0,8
2000	1642984	9401	0,6

Sumber : Dinkesos Kab Cilacap.

Dari tabel diatas terlihat bahwa darah yang diperiksa /ABER makin menurun, sehingga mengakibatkan deteksi dini malaria tidak bisa ditegakkan.

Kegiatan pemberantasan vektor yang dilaksanakan berupa penyemprotan rumah, larvasidasi, *biological control*, dan pengangkatan lumut.

Tabel 4.10.

**Jumlah Rumah yang disemprot tahun 1998, s/d 2000
di Kampung Laut Kabupaten Cilacap**

Tahun	Siklus	Juml rumah	Penddk terlindungi	Pemakaian Bendiocarb
1998	II	183	722	15.9
1999	I	919	4280	72.1
	II	476	1789	37.9
2000	I	1042	4550	74.4

Keterangan : 1 kantong fenitrothion = 567 gr
1 kantong Bendiocarb = 53 gr

Sumber : Dinksesos Kab Cilacap.

Tabel 4.11

**Pemakaian kelambu tahun 1996 s/d 2000
di Kampung Laut.**

Tahun	Jumlah kelambu	Jumlah kumulatif
1996	100	220
1997	100	320
1998	100	420
1999	200	620
2000	200	820

Tabel 4.12

**Kegiatan Larvasiding tahun 1996 s/d 2000
di Kampung Laut**

Tahun	Luas perindukan	Teknar
1996	7.5 ha	75 lt
1997	7.5 ha	75 lt
1998	7.5 ha	75 lt
1999	50 ha	500 lt
2000	50 ha	500 lt
2001	2 ha	25 lt

Sumber : Dinkessos Kab Cilacap.

3. Faktor Eksternal

a. Peta Kemitraan dalam Pemberantasan Malaria.

Setelah Gebrak Malaria di Indonesia dicanangkan tahun 1998, pada tahun itu juga Pemerintah Daerah Cilacap telah mencanangkan Gebrak Malaria dengan menggalang kemitraan dengan Lintas Sektor, organisasi kemasyarakatan maupun profesi dan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) yang dikoordinasikan oleh Bupati Kabupaten Cilacap.

Identifikasi peran serta, sumber daya sebagai *proxy variables* dari sektor lain diluar kesehatan (*Stake Holder*) bisa dilihat tabel dibawah ini :

Tabel 4.13

**Peran dan bantuan Lintas Sektoral dalam
mengatasi masalah Malaria di Kampung Laut
Tahun 20000 di Kabupaten Cilacap**

No	Instansi/Organisasi	Bentuk bantuan/ partisipasi
1	2	3
1.	Dinas Perikanan	<ul style="list-style-type: none"> - Penebaran 67.000 bibit ikan nila - Polikultur (udang dan bandeng) - Monokultur (36000 nener) - Perbaikan tambak 17 Ha - Demplot tambak - Pelatihan Petani tambak - Kemitraan dengan Investor pertambakan
2.	Pertanian, Irigasi dan Kehutanan	<ul style="list-style-type: none"> - Konservasi dan rehabilitasi hutan Mangrove untuk mencegah erosi dan mencegah air laut masuk. - Manajemen pengairan - Pembatas air laut dengan air tawar - Melindungi sumber air tawar - Intensifikasi tambak - Rehabilitasi sawah terlantar
3.	Pekerjaan Umum	<ul style="list-style-type: none"> - Perlindungan mata air - Pavingisasi jalan desa - Listrik desa
4.	PMD dan PKK	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan perumahan - Forum Pertemuan Desa - Revitalisasi Posyandu - Pelatihan masyarakat
5.	NGO (YSBS)	<ul style="list-style-type: none"> - Bendungan pembatas air laut dan

		air tawar - Pintu air - Penelitian sabun anti nyamuk - Pengolahan lumut menjadi kertas
6.	PT. Pelabuhan	- Perbaikan lingkungan - MCK
7.	Dinas Kesehatan	- Puskesmas Pembantu Plus - Pengadaan perahu /Puskesmas terapung (4 buah) - Alat komunikasi (HT) - Satgas Malaria - Pos Obat Desa - Pembentukan Kader Malaria - Penyuluhan - <i>MFS</i> (Mass Fever Survey) - Pengangkatan lumut - Surveilans Malaria - Penyemprotan rumah - Larvasidasi - Pengobatan massal malaria (MDA) - Rakortas dengan Jabar - Pengawasan vektor
8.	Project Management Office (PMO)	- Pembangunan Kantor PMO di Klaces - Manajemen lingkungan

Sumber : data primer

Tabel 4.14.

Bentuk peran dan bantuan dalam penanganan lingkungan yang sudah dilaksanakan dan yang belum dilaksanakan oleh Lintas Sektor

Instansi/Dinas	Realisasi kegiatan tahun 2000.	Yang belum dilaksanakan	Perkiraan biaya
1. Perikanan a. 327 ha tambak terlantar untuk berkembang biaknya nyamuk di Dk Klaces, Mangunjaya, Klapakerep.	a. Memanfaatkan kembali tambak terlantar sebanyak 17 Ha di Dk Klaces. b. Penebaran bibit ikan 50.000 ekor	310.ha tambak belum tergaran dan akan dikerjakan secara bertahap.	Rp. 970.875.000,-
b. Pemeliharaan dan rehabilitasi tambak di Dk Klaces.	a. Pengangkatan lumut b. Penambalan tambak bocor (8 Ha) c. Pemeliharaan tambak	Akan dikerjakan secara bertahap	Rp 217.483.000,-
2. LSM (YSBS) a. Bobolnya tanggul pembatas dan pintu air yang membatasi air lau dan air tawar sehingga air menjadi payau	a. Membuat tanggul sepanjang 16 Km dari Klaces sampai Kalipulung yang akan ditanami mangga dan manggis b. Membuat 28 pintu air c. Sudah membagi 500 kelambu.	a. Memerlukan pemeliharaan dan rehabilitasi tanggul sepanjang 16 Km lebar 8 meter dan tinggi 1 meter,	a. Pembuatan tanggul Tp 144 juta. b. Pintu air Rp 500 juta c. Pembelian klambu Rp 500 juta.

b. Berkembang Nya lumut Perut ayam c. Belum tercakupnya pemakaian kelambu di masyarakat dan sebagian masyarakat tidak mau memakai kelambu.			
3. PMO (Project Management Officer). d. Penanaman kembali hutan bakau	a. Penanaman hutan bakau 80 ha b. Management lingkungan		

Identifikasi faktor yang berpengaruh (*scanning*) yang berupa variabel pengganti yang perlu dikumpulkan data serta informasinya. Untuk program pemberantasan malaria bisa digunakan pendekatan sistem untuk setiap strategi pencegahan serta pemberantasannya yang dimulai dari komitmen politis, penemuan, pengobatan penderita, stok obat, laboratorium, pemantauan serta penilaian sebagian dari akuntabilitas program. Sebagai variabel pengganti bisa dilihat tabel 4.15 dibawah ini.

Tabel 4.15

Identifikasi Variabel Kesisteman Upaya Pemberantasan Malaria

Komponen UPM	← Keluaran	← Proses	← Masukan
1. Komitmen Politis 2. Pembangunan Kemitraan	Besarnya dana serta Ketepatan pencairan dana	Proses anggaran yang sesuai dan efektif	-Adanya pertemuan Gebrak malaria rutin Pengetahuan serta komitmen yang cukup dari anggota
	Cakupan ACD dan PCD Jumlah yang diobati		Pemberdayaan serta partisipasi masyarakat
Pemeriksaan laboratorium	Tingkat kesalahan <5%	SOP	-SDM terlatih -Sarana/prasarana cukup -Reward system -Dukungan bintek -Pendanaan
Penyediaan obat	-Kualitas serta kuantitas yang cukup untuk 1 tahun kedepan	-Perencanaan obat -Penyimpanan serta distribusi baik -Ketepatan jadwal	- SDM terlatih - Sarana/prasaran a cukup - Metoda pengobatan - Pendanaan untuk pengadaan serta pendistribusian

Minum obat adekwat	-Angka ACD dan PCD -Angka kesembuhan	- Bintek teratur - Pencatatan	- SDM terlatih - Reward system - Dana untuk Bintek - Sarana transportasi - <i>Sosial support</i>
Pencatatan dan pelaporan	-SIK tepat waktu dan akurat	- Surveilans	- SDM terlatih dalam pencatatan dan pelaporan - Reward system - Pendanaan - Sarana transportasi

Hasil Loka Karya Malaria di Kabupaten Cilacap yang diselenggarakan pada tanggal 13 – 14 Juni 2001 yang dihadiri oleh Tim Pusat, Propinsi serta unsur-unsur kabupaten yang terdiri dari :

- a. Lintas Program /Kesehatan : Subdin P2-PPL yang terdiri dari Seksi Pengamatan, Penyuluhan, PKL, Promkes, Puskesmas, Imunisasi.
- b. Lintas Sektoral : DPRD (Komisi E), PMO, Bappeda, Asisten III, Bappedalda, Pertanian, Perikanan, PMD, DPKT, RSUD, RSI ‘ Fatimah”, Bagsos Pemda Cilacap, Pimpinan Puskesmas Kawunganten dan Puskesmas Nusawungu.

Dari hasil diskusi tersebut menghasilkan pohon masalah (I), pohon tujuan (II) dan pohon tujuan (III) seperti pada lampiran :

Output I/1 : Rehabilitasi hutan bakau

- a. Melakukan pengukuran lahan tambak, pertanian dan hutan bakau
- b. Membentuk kelompok mangrove
- c. Membuat guludan 201.5 hektar
- d. Mengadakan persemaian
- e. Melakukan penanaman
- f. Pemeliharaan dan pemantauan.

Output I/2 : Tambak udang dimanfaatkan

- a. Mengadakan pertemuan dengan sektor terkait
- b. Melakukan survai lokasi
- c. Melatih petani tambak 100 orang
- d. Rehabilitasi tambak 310 hektar
- e. Bantuan benih 1.550.000 ekor
- f. Bantuan pupuk/obat 15.533 Kg
- g. Bantuan manajemen serta pemantauan

Output I/3 : Sawah dimanfaatkan.

- a. Pertemuan dengan sektor terkait
- b. Mengadakan survai
- c. Membuat kelompok tani

- d. Melatih kelompok tani
- e. Perbaikan pintu air
- f. Rehabilitasi saluran irigasi
- g. Memperluas jaringan irigasi
- h. Membantu petani benih, pupuk dan insektisida
- i. Membantu pengolahan tanah 13.360 Hektar
- j. Membantu mesin traktor 5 unit dan 2 unit pompa air
- k. Memperbaiki daerah tangkapan air dengan tanaman mangga dan manggis

Out put I/4 : Kelembagaan yang kuat.

- a. Membentuk tim Gebrak malaria Kabupaten dan Kecamatan
- b. Mengadakan pelatihan kader
- c. Menetapkan langkah-2 pembinaan.

Out put I/5 : *capacity building*.

- a. Mengadakan koordinasi dan *workshop*.
- c. Mengadakan koordinasi dengan instansi terkait.
- d. Melakukan sosialisasi dan penyuluhan.
- e. Mengadakan demplot.

Out put II/1 : Perilaku masyarakat positif.

- a. Pendidikan kesehatan masyarakat
- b. Pertemuan linsek secara berkala
- c. Studi KAP masyarakat tentang malaria

- d. Pembinaan PHBS.
- e. Temukerja TOMA.

Out put II/2 : Moral masyarakat baik.

- a. Mengadakan studi sosial budaya masyarakat.
- b. Pertemuan Linsek
- c. Penyuluhan melalui jalur agama
- d. Penyuluhan hukum

Out put II/3 : Sikap positif masyarakat.

- a. Pelatihan kader malaria
- b. Pembuatan SK Tim gebrak malaria
- c. Pelatihan.

Out put II/4 : Pengetahuan meningkat.

Mengadakan penyuluhan/promosi pada setiap kesempatan.

Out put III/1 : Surveilans malaria yang efektif.

- a. Meningkatkan penemuan penderita sebanyak 2400 penderita per tahun
- b. Menyediakan transport dan biaya bagi penderita malaria
- c. Melakukan rujukan malaria berat.

Out put III/2 : Mencukupi kebutuhan JMD.

- a. Membentuk/melatih 5 orang JMD baru dengan asumsi per grumbul minimal ada seorang JMD.

- b. Melengkapi keperluan/kebutuhan lapangan bagi JMD

Out put III/3 : Gaji upah JMD memadai.

- a. Mengadakan pertemuan dengan Bupati.
- b. Usulan menjadi pegawai honor daerah
- c. Honor setara dengan UMR (Upah Minimum Regional)

Out put III/5 : Supervisi efektif.

- a. Pembinaan dari Kabupaten
- b. Menggunakan checklist/protap tata laksana penderita malaria
- c. Pembinaan terhadap petugas laboratorium (1 bulan /1 kali)
- d. Pembinaan manajemen obat.

Out put III/6 : Rujukan kasus malaria.

- a. Penyediaan dana untuk rujukan
- b. Penyediaan alat transportasi
- c. Penyediaan alat komunikasi..

Tabel 4.16

**Rencana kegiatan pencapaian tujuan
Gebrak Malaria di Kampung Laut**

Masalah	Tujuan	Kegiatan	Indikator	Penanggung jawab
1.Kasus malaria meningkat tajam	1. Menurunkan insidensi dan kematian malaria	1.ACD dan PCD 2.Pemeriksaan laboratorium 3.Pengobatan	API menurun	Sektor kesehatan
2.Peran dan kinerja JMD belum optimal	Optimalisasi JMD	1. Penyegaran 2. Supervisi 3. Reward	Minimal 15 orang JMD terlatih dan termotivasi	Sektor kesehatan
3.Jumlah dan peran Kader belum optimal	Optimalisasi Kader	1. Refreshing 2. Pembinaan 3. Insentif/reward	Semua Kader terlatih/termotivasi	1.Kesehatan 2.PKK 3.PMD
4.Adanya kasus malaria berat	Penatalaksanaan penderita sesuai SOP	1. Rujukan 2. Bantuan transport 3. Biaya Puskesmas/Rumah Sakit	Menurunnya CFR	Sektor kesehatan
5.Vektor malaria masih tinggi	a.Membatasi breeding place.	1. Rehabilitasi tambak 2. Pengangkatan lumut 3. Larvasidasi 4. Pembuatan tanggul	Mengurangi kepadatan jentik dan nyamuk	1. Sektor perikanan. 2. Kehutanan 3. PMO 4. Kesehatan 5. Pertanian

		5. Penebaran ikan pemakan jentik 6. Mina padi 7. Penyemprotan rumah		
Hanya 20% masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan	Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan di Kampung Laut	1. Desinfo/penyuluhan 2. Pertemuan linsek 3. Pembinaan PHBS 4. Pengadaan Pusling terapung	Meningkatnya cakupan pelayanan	1. Sektor kesehatan 2. PMD 3. Depag
Kebiasaan berjudi, bekerja malam hari, menjarah, tidak memakai kelambu dan tidur larut malam	Upaya pemakaian pencegahan terhadap gigitan nyamuk	Penyuluhan dan pembinaan tentang kesehatan, agama dan hukum	Berubahnya perilaku masyarakat mengenai protektif terhadap gigitan nyamuk	Satgas malaria (Tim)
Kerusakan mangrove sebesar 9000 Ha sejak tahun 1997 oleh karena : a. Konversi untuk budi daya	1. Rehabilitasi 925 Ha tahun 2000 dan 202.5 Ha untuk tahun 2001. 2. Mengembangkan reboisasi	1. Rehabilitasi hutan bakau dengan melibatkan masyarakat 2. Penyuluhan tentang hukum dan peraturan	Kembali pulihnya areal hutan bakau.	1. Pemkab 2. Kehutanan dan konversi tanah 3. PMO 4. PMD

ikan/udang. b. Sebagai kayu bahan bangunan dan kayu bakar c. Penahan air laut	hutan bakau sebagai daya dukung lingkungan	perundangan lingkungan hidup.		
a. Adanya tambak terlantar	Rehabilitasi tambak seluas 310.68 ha	1. Pelatihan masyarakat 2. Bantuan sarana rehabilitasi 3. Pemetaan 4. Bantuan benih ikan/udang 5. Pembinaan	Tambak berfungsi	1. Perikanan 2. PMO 3. Bappeda 4. Dunia usaha
Sawah terlantar seluas 67.3 Ha yang berair payau karena tanggul bobol	Semua sawah dimanfaatkan secara baik	1. Penyuluhan 2. Bantuan kredit 3. Rehabilitasi pintu air 4. Perbaikan tanggul penahan air laut 5. Perluasan irigasi	Semua sawah digarap secara baik	1. Pertanian 2. PMO 3. YSBS (LSM) 4. PU 5. Dunia usaha 6. Badan perkreditan 7. Bappeda

Sumber : Data primer

b. Hasil survai KAP masyarakat di desa Ujung Alang.

Dari 85 responden yang tersebar di 4 grumbul dengan masalah malaria yaitu grumbul Motean, Mangunjaya, Sidamulya dan Klaces menunjukkan bahwa :

a). Komponen pengetahuan (Skore = 1- 3)

1). Penular penyakit malaria

Seluruh Responden menjawab bahwa penular penyakit malaria adalah nyamuk malaria. Hal ini merupakan modal dalam pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan penyakit malaria. Pada umumnya mereka menjawab bahwa jaman dulu juga banyak nyamuk tapi tidak ada penyakit malaria.

2). Tempat berkembang biaknya nyamuk

Sebagian kecil mereka menjawab ditambah (3%), disaluran irigasi (5%), di genangan air (35%), di hutan bakau (9%), dihutan dan lain-lain (43%). Informasi ini akan mempersulit partisipasi masyarakat dalam upaya pembersihan tambak untuk membatasi perindukan nyamuk

3). Upaya mencegah gigitan nyamuk.

Upaya mereka mencegah gigitan nyamuk adalah dengan selimut/sarung (42%), memakai kelambu (22%), membakar obat nyamuk (34%), menyemprot dengan insektisida (2%) dan upaya lain (2%). Upaya masyarakat ini cukup baik dalam mencegah gigitan nyamuk (*personal protective*)

4). Gejala/tanda sakit malaria.

Semua Responden menjawab bahwa tanda dan gejala malaria berupa panas dan menggigil , muntah , sakit perut/tidak enak perut , pusing , sakit otot dan sendi , tidak enak makan , dan ada yang menyebut gejala lain (36%). Dalam deteksi dini penyakit malaria merupakan hal yang penting deteksi dini serta dalam upaya penyuluhan kepada masyarakat .

5). Tempat pertolongan penderita malaria.

Sebagian besar mereka menjawab mencari pertolongan pada JMD terdekat, Puskesmas Pembantu atau pada Perawat (Karanganyar) dan Bidan didesa Ujung Alang grumbul Motean (60%), sebagian besar diobati dirumah oleh JMD, dibawa ke Cilacap berobat didokter praktek swasta (5%), dan lainnya tidak diobati karena dirasa masih bisa bekerja.

Skore komponen pengetahuan : 3 (baik)

b). Sikap masyarakat terhadap pencegahan malaria.

1). Sebagian besar mereka tahu bahwa didaerahnya merupakan daerah endemis malaria dan mendukung program pencegahan dan pemberantasan malaria (93%) berupa pengambilan darah asal tidak membayar.

2). Pengobatan malaria mau ketempat Puskesmas Pembantu asal tidak membayar (89%).

3). Semuanya mereka mau membantu upaya pengangkatan lumut ditambah asal dibayar (100%).

Skore sikap : 3 (baik)

c). Komponen perilaku.

- 1). Dalam mencari kepiting malam hari mereka tidak memakai jaket, baju lengan panjang atau *repellent* lainnya (*personal protective*).
- 2). Sebagian besar mereka tidur larut malam dalam rangka menonton TV, mengobrol dengan tetangga tanpa alat pengusir nyamuk.
- 3). Sebagian besar mereka menggantungkan bantuan atau pertolongan pihak lain.
- 4). Sebagian besar mereka tidak mau memakai kelambu (46%) karena dirasakan panas (gerah) dan harus membeli.
- 5). Semuanya tidak pernah memakai obat nyamuk
- 6). Mereka sebagian besar menghabiskan obat yang diberikan petugas (76%) kecuali anak-anak karena rasanya pahit dan mau muntah .
- 7). Sebagian besar (89%) responden merasa pernah sakit malaria, namun sebagian besar menjawab akan ke Puskesmas kalau sudah dirasa berat (tidak bisa bekerja).
- 8). Pada umumnya keadaan dalam rumah mereka gelap (tanpa ventilasi/penerangan yang memadai) serta banyaknya gantungan pakaian.

Skore komponen perilaku = 1 (jelek)

Apabila skore pengetahuan, sikap dan perilaku dibuat skore :

1 -3 yaitu untuk skore 3 = baik, skore 2 = sedang dan skore 1 = jelek , maka seluruh komponen pengetahuan dan sikap masyarakat bisa dikatakan baik (skore = 3), namun prakteknya diber skor = 1 (jelek).

BAB V

PEMBAHASAN

A. Analisa Situasi

1. Identifikasi faktor strategi internal ISFAS (*Internal Strategic Factors Analysis Summary*) dan ESFAS (*External Strategic Factors Analysis Summary*) yaitu :

Tabel 5.1.

Kekuatan dan Kelemahan Faktor Internal

Dinas /Instansi/Institusi	Kekuatan	Kelemahan
Faktor Internal Input. 1. Kepala Dinas Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan kedudukan sebagai Ketua Gebrak Malaria - Kemampuan managerial dan advocacy dengan pihak lain bisa terjalin - Kerjasama kemitraan - Kepemimpinan 	<ul style="list-style-type: none"> - Satu tahun lagi pensiun - Sibuk dengan urusan yang ada hubungannya dengan Otda (transisional) - Masa transisi dengan adanya SOTK baru.
2. Subdin Pelayanan Kesehatan		<ul style="list-style-type: none"> - Merasa tidak ada hubungan langsung dengan malaria - Masih berfikir bahwa masalah malaria adalah urusan P2P
3. Seksi Informasi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Anggota Satgas malaria - Memasyarakatkan PHBS 	<ul style="list-style-type: none"> - Biaya operasional kecil - Akan bekerja kalau diajak - Masih berfikir bahwa masalah malaria adalah masalah P2P
4. SDM- kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Jumlah petugas DKK cukup kualitas maupun kuantitas. - Petugas di Pustu Klaces 	<ul style="list-style-type: none"> - JMD (2 orang) yang sudah diangkat PNS kinerjanya (-).

	cukup - BDD ikut serta dalam UPM - Rotasi dokter di Kp Laut. - Rumah Sakit berpartisipasi dalam UPM.	- Jumlah JMD kurang untuk mencakup seluruh grumbul di Kampung Laut - Petugas masih orientasi karena SOT baru.
5. Dana	- Ada beberapa sumber (APBD, APBN, JPS) dan direncanakan akan mendapat bantuan dari Donor Agency	- Hanya cukup untuk membeli racun serangga saja - Biaya operasional kurang. - Pencairan dana tidak sesuai dengan kejadian malaria
6. Sarana	- Pengadaan/bantuan obat malaria cukup - 2 buah kendaraan roda 4 (cukup). - 3 buah perahu Puskesmas terapung (cukup). - Adanya sarana Pustu - Pendukung laboratorium (cukup memadai).	- Minimnya perlengkapan dan biaya operasional.
7. Pedoman baku	- Sudah dilakukan pelatihan pedoman baku penanggulangan malaria	- SOP belum sepenuhnya dilaksanakan
Proses. 1. Operasionalisasi program	- Jadwal ACD JMD dipatuhi - Cakupan ACD tinggi. - Bidan didesa ikut melaksanakan ACD - Dilaksanakannya penyemprotan selektif - Kesalahan pemeriksaan slide rendah (< 5%) - Adanya pembinaan JMD di DKK sebulan sekali - Diakukannya pemantauan vektor seminggu sekali - Dilaksanakannya rawat inap di Puskesmas	- Belum dilakukan <i>reward system</i> - Honor JMD tidak memadai. - SOP SD <i>follow up</i> terlambat - Kurangnya bimbingan dan supervisi per JMD - Penyebaran petugas (-). - Belum dilakukan test resistensi obat dan racun serangga. - Kegiatan pengangkatan lumut tidak terjadwal - Pemeriksaan darah

	<ul style="list-style-type: none"> - Bila diperlukan dilakukan MDA (mass drug administration), survai kontak, pengangkatan lumut larvasiding dan pengobatan. - Diturunkannya Satgas malaria sebulan sekali di Kampung Laut - Pemeriksaan SD tepat waktu seminggu sekali 	<p>ABER terlihat menurun Sehingga deteksi dini Sulit ditegakkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Upaya pemberantasan KLB malaria selalu terlambat.
2. Cakupan program.		<ul style="list-style-type: none"> - Cakupan penyemprotan, larvasiding, pengobatan, penyelidikan epidemiologi, rendah - Surveilans migrasi (-)

Faktor Eksternal	Peluang	Ancaman.
1. Dinas Perikanan	<ul style="list-style-type: none"> - Direncanakan akan disediakan dana rehabilitasi tambak terlantar 202.5 hektar tahun 2002. - Tersedianya dana untuk penebaran ikan (predator) - Pembersihan lumut ditambak - Pelatihan petani tambak - Adanya petugas pemantau di Kampung Laut seminggu sekali - Penambalan tambak bocor (8 Ha) 	<ul style="list-style-type: none"> - Upaya sektor lingkungan dilakukan secara bertahap sesuai dengan dana yang tersedia.
2. Dinas Kehutanan	<ul style="list-style-type: none"> - Reboisasi hutan mangrove 900 hektar - Pembinaan masyarakat untuk tidak merusak hutan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan bertahap sesuai dengan dana yang tersedia
3. Dinas Pertanian	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitasi 67 Ha sawah terlantar - Rehabilitasi irigasi pengairan - Bantuan dana untuk pengolahan sawah 	<ul style="list-style-type: none"> - Bertahap sesuai dengan dana yang tersedia

4. Project Management Officer Segara Anakan	<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen lingkungan - Penanaman hutan mangrove 80 Ha 	<ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan bertahap sesuai dengan dana yang tersedia - Tergantung dari PAD
5. LSM (Yayasan Bina Sejahtera)	<ul style="list-style-type: none"> - Pembuatan tanggul pembatas air tawar dan air laut sepanjang 16 Km dari Klaces sampai Kali Pulung yang akan ditanami pohon mangga dan manggis. - Membuat pintu air 28 buah - Pembagian kelambu - Penelitian pembuatan sabun anti nyamuk - Percobaan pembuatan kertas dari umut - Pemetaan kawasan persawahan dan tambak 	<ul style="list-style-type: none"> - Biayanya mahal sehingga akan dilakukan secara bertahap - Harga sabun perbuah masih mahal (Rp5000,-)
6. Bappeda/Pemda	<ul style="list-style-type: none"> - Merencanakan anggaran untuk pemberantasan malaria - Pavingisasi - Pembuatan tanggul 	<ul style="list-style-type: none"> - Masih minimnya anggaran yang tersedia - Tergantung dari keputusan dari DPR.
7. Tuntutan/harapan serta PSP masyarakat Kampung Laut	<ul style="list-style-type: none"> - Masyarakat cukup tahu dan mengerti tentang perihai penyakit malaria - Semua setuju dengan upaya pencegahan dan pemberantasan malaria di Kampung Laut - Sebagian besar mau memakai kelambu 	<ul style="list-style-type: none"> - Hanya 20% yang memanfaatkan Pustu untuk pengobatan - Pada umumnya masyarakat nelayan tidur larut malam baik untuk berjudi maupun mencari kepiting /ikan tanpa memakai pakaian pelindung atau repellent. - Mau membantu upaya pemberantasan malaria dengan imbalan uang - Sebagian masyarakat menganggap malaria bukan hal yang perlu dirisaukan (serius). - Harapan serta tuntutan masyarakat terhadap upaya pemberantasan malaria sebagian besar menjawab tidak tahu

2. Analisis faktor internal.

Kekuatan :

a. Sumber Daya Manusia (SDM).

Berdasarkan analisa SDM diatas dimana Kepala Dinas Kesehatan dan Sosial merupakan kekuatan sentral teknis pemberantasan malaria yang didukung oleh sektor lain dalam Gebrak Malaria di Kabupaten Cilacap sangat menentukan posisi kekuatan terhadap peluang dan ancaman yang akan diberi pembobotan sesuai urutan kepentingannya. Bobot untuk SDM sebesar 0.20 artinya dibandingkan dengan kekuatan lain = $1/5$ dari seluruh kekuatan. Adapun rating digunakan = 4 artinya sangat kuat.

b. Dana/finansial.

Berdasarkan analisa dana/finansial diatas, faktor dana sangat menentukan operasionalisasi Gebrak Malaria dalam upaya pemberantasan malaria. Faktor geografis Kampung Laut yang terpencil dengan transportasi yang sulit karena harus melalui laut serta luasnya *breeding places* sangat menentukan besarnya biaya yang harus dikeluarkan dalam upaya pemberantasan malaria. Untuk itu faktor dana diberi pembobotan sesuai urutan kepentingannya terhadap posisi peluang dan ancaman yaitu = 0.25 dari seluruh kekuatan artinya faktor dana berkontribusi $1/4$ dari seluruh kekuatan dengan rating = 4 (sangat kuat).

c. Komunikasi/Informasi.

Berdasarkan analisa kecepatan komunikasi/informasi , faktor ini cukup menentukan dalam pemberantasan malaria agar penjarannya bisa dieliminir.

Untuk faktor komunikasi/informasi diberi pembobotan sesuai kepentingannya terhadap posisi peluang dan ancaman = 0.15 artinya kontribusi faktor komunikasi $1/6$ terhadap seluruh kekuatan dengan rating = 3 (kuat).

d. Organisasional/managerial.

Berdasarkan analisa managerial/organisasional, faktor ini cukup menentukan dalam upaya pemberantasan malaria karena sudah ditentukan tugas pokok dan fungsi serta tanggung jawab dalam suatu suatu organisasi. Untuk itu diberi pembobotan sesuai dengan kepentingan terhadap posisi peluang dan ancaman = 0.10 artinya kontribusi faktor organisasional/managerial = $1/10$ dari seluruh kekuatan dengan rating = 4 (sangat kuat).

e. Fasilitas /sarana/prasarana.

Berdasarkan analisa fasilitas sarana/prasarana, faktor ini sangat menentukan dalam operasionalisasi upaya pemberantasan malaria di Kampung Laut. Untuk itu diberi pembobotan sesuai dengan kepentingan terhadap posisi peluang dan ancaman = 0.15 artinya kontribusi faktor ini $1/6$ dari seluruh kekuatan dengan rating = 4 (sangat kuat).

f. Pemasaran sosial.

Berdasarkan analisa pemasaran sosial dalam rangka sosialisasi Gebrak Malaria sangat menentukan dalam membangun jejaring kemitraan serta partisipasi masyarakat dalam menangani faktor lingkungan yang tidak bisa dikerjakan oleh Sektor Kesehatan sendiri. Untuk itu faktor ini diberi pembobotan sesuai dengan posisi peluang dan ancaman = 0.20 artinya faktor

ini mempunyai kontribusi 1/5 dari seluruh kekuatan yang ada dengan rating = 5 (sangat kuat sekali).

Tabel 5.2.

Faktor Internal Strategis

Faktor Internal Strategis	Bobot	Rating	Skor	Prioritas
Kekuatan.				
1. SDM - Kualitas dan kuantitas Kabupaten cukup. - KAP petugas (+) - Kepatuhan jadwal keliling JMD dipatuhi	0.20	4	0.60	2
2. Dana/finansial - APBD (+) - APBN (+) - Donor agency (+) - JPS.	0.25	4	0.60	3
3. Komunikasi/informasi - Pelaporan baik - Pengiriman slide 2 kali perminggu - Apel JMD di Kab 2 minggu sekali - Komunikasi elektronik di Pustu Klaces - Pertemuan Gebrak Malaria 2 kali/tahun - <i>Cross notification</i> - Rakortas dengan Jabar	0.15	3	0.30	6
4. Organisasional/managerial - Ada petugas khusus menangani malaria di Kampung Laut - <i>Capacity building</i> - Ketua Gebrak malaria - Terbentuknya Satgas	0.10	3	0.30	5

Malaria Kp Laut.				
- Bimbingan/supervisi				
- Kemitraan (+).				
- Perencanaan- evaluasi.				
5. Fasilitas / sarana				
- Alat/teknologi	0.15	4	0.60	4
- Racun serangga				
- Larvasida				
- Transportasi				
- Laboratorium beserta penunjangnya				
6. Pemasaran sosial.				
- <i>Advocacy</i>	0.20	5	1.00	1
- Penyuluhan/pendidikan kesehatan masyarakat				
	1.00		3.40	

Faktor kelemahan.

a. Sumber Daya Manusia (SDM).

Berdasarkan analisa SDM diatas Juru Malaria Desa (JMD) merupakan tenaga lini terdepan yang sangat berperan deteksi dini (penemuan dan pengobatan penderita malaria). Tenaga JMD merupakan faktor yang sangat strategis dalam keberhasilan program pemberantasan malaria di Kabupaten Cilacap khususnya di Kampung Laut , namun nasib mereka sampai saat tidak menentu karena statusnya masih pegawai Harian Lepas yang masih tergantung adanya proyek dengan masa kerja rata-rata 10 tahun. Jumlah Juru Malaria Desa (JMD) masih kurang untuk seluruh grumbul di Kampung Laut. Dari 14 Grumbul yang ada baru ada 9 orang JMD sehingga masih perlu penambahan 5 orang JMD lagi. Dalam menentukan posisi kekuatan terhadap

peluang dan ancaman diberi pembobotan sesuai urutan kepentingannya untuk SDM diberi bobot sebesar 0.25 artinya dibandingkan dengan kekuatan lain = $1/4$ dari seluruh kelemahan. Adapun rating digunakan = 4 (sangat kuat).

b. Dana/finansial.

Berdasarkan analisa dana/finansial diatas, faktor dana sangat menentukan operasionalisasi Gebrak Malaria . Faktor geografis Kampung Laut yang terpencil dengan transportasi yang sulit serta luasnya *breeding places* sangat menentukan besarnya biaya yang harus dikeluarkan. Apabila penjadwalan pencairan dana terlambat maka akan menghambat upaya pemberantasan secara cepat agar penjarannya bisa dibatasi. Untuk itu faktor dana diberi pembobotan sesuai urutan kepentingannya terhadap posisi peluang dan ancaman yaitu = 0.25 dari seluruh kelemahan artinya faktor dana berkontribusi $1/4$ dari seluruh kekuatan dengan rating = 3 (kuat).

c. Metoda pemberantasan.

Berdasarkan analisa metoda pemberantasan yang digunakan, apabila metoda yang dilakukan dalam upaya pemberantasan malaria yang selama ini dilakukan yang tidak mengikuti prosedur (SOP) sangat menentukan keberhasilan program pemberantasan. Standar pengobatan malaria oleh petugas belum sepenuhnya dipatuhi pada pengambilan sediaan darah follow up 1 minggu setelah pengobatan. Bila standar pengambilan darah tidak dipatuhi maka transmisi penularan malaria akan terus berlangsung karena parasitnya masih terdapat dalam darah.

Surveilans migrasi terhadap pendatang musiman dari Jawa Barat untuk berladang di grumbul Begoan Nusakambangan sulit dilakukan. Pada hakikatnya fungsi surveilans adalah merupakan sistem deteksi dini (SKD) terhadap penjaran penyakit malaria karena setiap kenaikan kasus secara dini bisa diketahui untuk dilakukan intervensi agar penjaran bisa dieliminir serendah mungkin. Bagi pendatang yang darahnya mengandung parasit malaria akan merupakan sumber penularan, karena diwilayah Kampung Laut terdapat vektor penularnya. Namun dalam kesepakatan Rapat Koordinasi Perbatasan dengan Propinsi Jawa Barat akan dilakukan surveilans didesa – desa yang penduduknya bertani musiman di Nusakambangan.

Program pemberantasan malaria yang dijalankan di Kampung Laut selama ini adalah penemuan dan pengobatan penderita melalui pemeriksaan darah (ACD maupun PCD), penyemprotan, klambunisasi, penebaran predator, pengangkatan lumut dan larva siding.

Penemuan penderita dengan indikator ABER (*Annual Blood Examination Rate*) selama 5 tahun terlihat cakupannya semakin menurun dari 1.50% pada tahun 1996 menjadi 0.6 tahun 2000 (lihat halaman 93), sehingga deteksi dini malaria tidak bisa ditegakkan. Pengobatan malaria yang dilakukan sulit untuk memantau penderita minum obat sesuai dosis yang dianjurkan. Menurut survai yang dilakukan Peneliti menunjukkan sebagian besar penderita mengaku tidak menghabiskan obat yang diberikan petugas

(76%), terutama anak -anak karena obatnya terasa pahit dan sudah merasa sembuh.

Penyemprotan yang dilakukan secara teoritis sudah melindungi hampir semua penduduk selama 3 bulan . Namun yang perlu dipertanyakan adalah kualitas dari penyemprotan itu sendiri mengingat sulitnya medan yang mengakibatkan sulitnya pemantauan serta penilaian penyemprotan tersebut.

Program klambunisasi yang dijalankan sulit dipantau penggunaan serta keberadaannya. Kegiatan larvasidasi pada tahun 1999 dan 2000, sudah dilakukan pada *breeding places* seluas 50 hektar. Penebaran *predator* yang berupa ikan Mujahir dan Nila sudah ditebar sebanyak 50.000 ekor oleh Dinas Perikanan sedangkan kegiatan pengangkatan lumut tidak terdokumentasi. Apabila tidak diintervensi, maka masalah malaria akan semakin meluas. Menurut perhitungan statistik didesa Ujung Alang pada tahun 2005 akan terdapat 455 kasus, Ujung Gagak 115 kasus dan Penikel 16 kasus (lihat grafik prediksi) Faktor ini diberi pembobotan sesuai dengan urutan kepentingan terhadap posisi peluang dan ancaman yaitu = 0.25 artinya berkontribusi $\frac{1}{4}$ dari seluruh kelemahan dengan rating = 3 (kuat)

4). Organisasional/managerial.

Berdasarkan analisa managerial/organisasional, faktor ini menentukan dalam upaya pemberantasan malaria karena sudah ditentukan tugas pokok dan fungsi suatu organisasi. Untuk itu diberi pembobotan sesuai dengan kepentingan terhadap posisi peluang dan ancaman = 0.25 artinya kontribusi

faktor organisasional/managerial = $\frac{1}{4}$ dari seluruh kekuatan dengan rating = 3 (kuat).

3. Analisa faktor Eksternal.

Tabel 5.3

Analisis Faktor Kelemahan

Kelemahan.				
1. SDM.	0.25	4	1.0	1
- Tugas rangkap				
- Pelatihan (-)				
- Reward system (-)				
- JMD harian lepas				
- Kuantitas JMD kurang				
2. Cairnya dana terlambat	0.25	3	0.75	2
3. Metoda.				
- SOP tidak sepenuhnya dikerjakan/terlambat.	0.25	3	0.75	3
- Lemahnya survailans				
- Cakupan rendah				
4. Managerial/organisasional				
- Kurangnya pembinaan/supervisi	0.25	3	0.75	4
- Perencanaan – penilaian kurang terintegrasi				
- Pelatihan petugas kurang				
- Kadinkes akan pensiun				
- Kurangnya peran LP				
- Peran LS sulit dipantau				
- Adanya SOT baru				
	1.00		3.25	

Faktor Peluang.

- a. Ketersediaan Sektor lain untuk membantu mereduksi *breeding places*.

Berdasarkan analisa faktor eksternal dalam membantu upaya pemberantasan malaria di Kabupaten Cilacap cukup baik terutama dalam menangani faktor lingkungan. Hal ini bisa dilihat pada absensi setiap pertemuan Gebrak malaria akan dihadiri oleh seluruh instansi yang terkait dengan program gebrak malaria. Untuk itu faktor ini diberi bobot 0.30 artinya berkontribusi 1/3 dari seluruh peluang yang ada dengan rating = 4 (sangat kuat).

- b. Ketersediaan *Donor Agency* .

Berdasarkan analisa faktor *Donor Agency* cukup berperan dalam membantu upaya pemberantasan malaria terutama dalam menangani faktor lingkungan . Pemerintah Kabupaten Cilacap pada tanggal 11 Maret 2001 pernah presentasi proposal di Jakarta didepan *Donor Agency*, namun sampai saat ini belum terealisasi. Untuk itu diberi pembobotan = 0.20 artinya akan berkontribusi sekitar 1/3 dari seluruh peluang yang ada dengan rating = 4 (sangat kuat).

- c. Perhatian Pemkab Cilacap .

Berdasarkan analisa faktor perhatian Pemkab yang cukup baik terhadap upaya pemberantasan malaria terutama dari pendanaan melalui APBD serta penggalangan kemitraan. Untuk itu diberi bobot = 0.30 artinya akan berkontribusi sekitar 1/3 dari seluruh peluang yang ada dengan rating 4 (sangat kuat)

d. Penggerakan masyarakat.

Berdasarkan analisa penggerakan masyarakat khususnya dalam pengangkatan lumut di tambak terlantar serta penanaman kembali hutan bakau ikut berperan dalam upaya pemberantasan jentik nyamuk malaria, walaupun masyarakat minta bayaran (sistim padat karya).

Masyarakat Kampung Laut mempunyai pengetahuan dan sikap yang cukup baik dalam keikutsertaannya dalam upaya pemberantasan malaria. hanya perilaku dalam melindungi diri (*personal protective*) dari gigitan nyamuk masih rendah. Menurut teori HL. Blum faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan termasuk malaria antara lain adalah faktor perilaku masyarakat. Dalam hal ini perilaku masyarakat sangat berpengaruh terhadap kejadian malaria antara lain *man made breeding places*, perilaku tidur tidak memakai kelambu, tidur larut malam tanpa pelindung (*repellent* atau memakai jaket), perilaku menjarah tambak sehingga tambak tersebut terlantar, membabat hutan bakau, mau berobat kalau penyakitnya dirasakan berat serta minum obat tidak sesuai dosis. Bila faktor ini tidak digarap maka permasalahan malaria di Kampung Laut akan selalu muncul dan yang lebih sulit ditanggulangi lagi adalah adanya kemungkinan resistensi terhadap klorokuin.

Untuk itu diberi bobot = 0.2 dengan rating = 3 (kuat)

Tabel 5. 4.

Analisis Faktor Eksternal

Faktor eksternal strategis	Bobot	Rating	Skor	Prioritas
Peluang				
1. Ketersediaan kegiatan dari sektor lain dalam mereduksi <i>breeding place</i> yang luas (600 Ha) serta perbaikan lingkungan.	0.30	4	1.20	2
2. Adanya donor agency yang akan membantu finansial	0.20	4	0.80	3
3. Perhatian Pemkab cukup baik terhadap malaria di Kampung Laut.	0.30	4	1.60	1
4. Penggerakan masyarakat dalam mengangkat lumut.	0.10	3	0.30	4
5. Pengetahuan dan sikap masyarakat cukup baik	0.10	3	0.30	5
Total	1	4	4.0	1

Ancaman.

a. Pembabatan hutan bakau.

Berdasarkan analisa faktor pembabatan hutan oleh masyarakat Kampung Laut akan mengancam keberhasilan program. Hal ini terjadi karena apabila hutan bakau dibabat maka sinar matahari akan langsung ke tambak/lagun akan memacu pertumbuhan lumut perut ayam yang merupakan tempat yang baik bagi jentik nyamuk malaria. Faktor lingkungan sangat menentukan berhasil

tidaknya upaya tersebut. Untuk itu faktor ini diberi bobot 0.20 artinya berkontribusi 1/5 dari seluruh ancaman dengan rating = 4 (sangat kuat).

b. Penjarahan tambak udang.

Berdasarkan analisa faktor penjarahan tambak udang oleh masyarakat menyebabkan tambak tersebut terlantar akan menjadi *breeding place* nyamuk malaria serta tidak terdapatnya predator (ikan) serta tumbuh suburnya lumut “perut ayam”. Untuk itu diberi bobot = 0.20 artinya akan berkontribusi 1/5 dari faktor keseluruhan dari ancaman dengan rating = 4 (sangat kuat)

c. Masyarakat merusak pintu air.

Berdasarkan analisa rusaknya pintu air akan menyebabkan bercampurnya air laut dengan air tawar akan menyebabkan air menjadi payau yang sangat baik untuk berkembang biak jentik nyamuk malaria (salinitas = 12 – 27 ppm). Untuk itu diberi bobot 0.20 artinya akan berkontribusi 1/5 dari seluruh ancaman yang ada dengan rating = 3 (kuat).

d. Pemanfaat Puskesmas Pembantu.

Berdasarkan analisa pemanfaatan Pustu menjadikan pelayanan kesehatan tidak optimal.(20%). Hal ini terjadi karena antara lain kesulitan transportasi, hanya penderita malaria berat saja yang mau dirawat inap. Untuk itu diberi bobot 0.10 artinya akan berkontribusi 1/10 dari seluruh ancaman yang ada dan diberi rating = 3 (kuat)

e. Kebiasaan /perilaku masyarakat.

Berdasarkan analisa kebiasaan masyarakat yang terpapar gigitan nyamuk malaria antara lain mencari nafkah malam hari tanpa pelindung/repellent,

nonton televisi dan mengobrol sampai larut malam . Padahal puncak gigitan nyamuk antara pukul 23 .00 s/d 1.00 malam . Untuk faktor ini diberi bobot = 0.10 artinya berkontribusi 1/10 dari seluruh ancaman dan diberi rating = 3 (kuat).

f. Pemakaian kelambu rendah.

Berdasarkan analisa pemakaian kelambu yang rendah (22%), maka masyarakat akan terpapar gigitan nyamuk malaria pada waktu tidur. Untuk itu diberi bobot = 0.10 artinya akan berkontribusi 1/10 dari seluruh ancaman yang ada, dan diberi rating = 3 (kuat).

g. Merupakan daerah terpencil.

Berdasarkan analisa keterpencilan Kampung Laut merupakan salah satu kesulitan dalam upaya pemberantasan malaria karena harus melalui transportasi air. Dari Cilacap untuk mencapai desa terdekat memakan waktu sekitar 3.5 jam dengan kapal ferry. Ada grumbul di Panikel harus memakai perahu sekitar 1 jam untuk mengirim slide ke Pustu Klaces. Dengan demikian biaya untuk program pemberantasan malaria menjadi mahal. Untuk itu diberi bobot = 0.20 artinya berkontribusi 1/5 dari seluruh ancaman dan diberi rating = 4 (sangat kuat)

Tabel 5.5.

Analisa faktor Ancaman

Eksternal Strategis	Bobot	Rating	Skor	Prioritas
Ancaman				
1. Masyarakat merusak ling Kungan dengan membabat Hutan bakau.	0.20	4	0.80	2
2. Masyarakat telah menjarah tambak udang.	0.20	3	0.60	3
3. Masyarakat telah merusak pintu air pada sal pembatas	0.20	3	0.60	4
4. Pemanfaatan Pustu oleh masyarakat hanya sekitar 20%	0.10	3	0.30	7
5. Kebiasaan masyarakat (-)	0.10	3	0.30	6
6. Pemakaian kelambu rendah	0.10	3	0.30	5
7. Daerah terpencil	0.20	4	0.80	1
Total	1.0		3.90	

Keterangan :

Untuk rating kelemahan

- 5 = sangat lemah sekali
 4 = sangat lemah
 3 = lemah
 2 = kurang kuat
 1 = kuat sekali

Untuk rating kekuatan

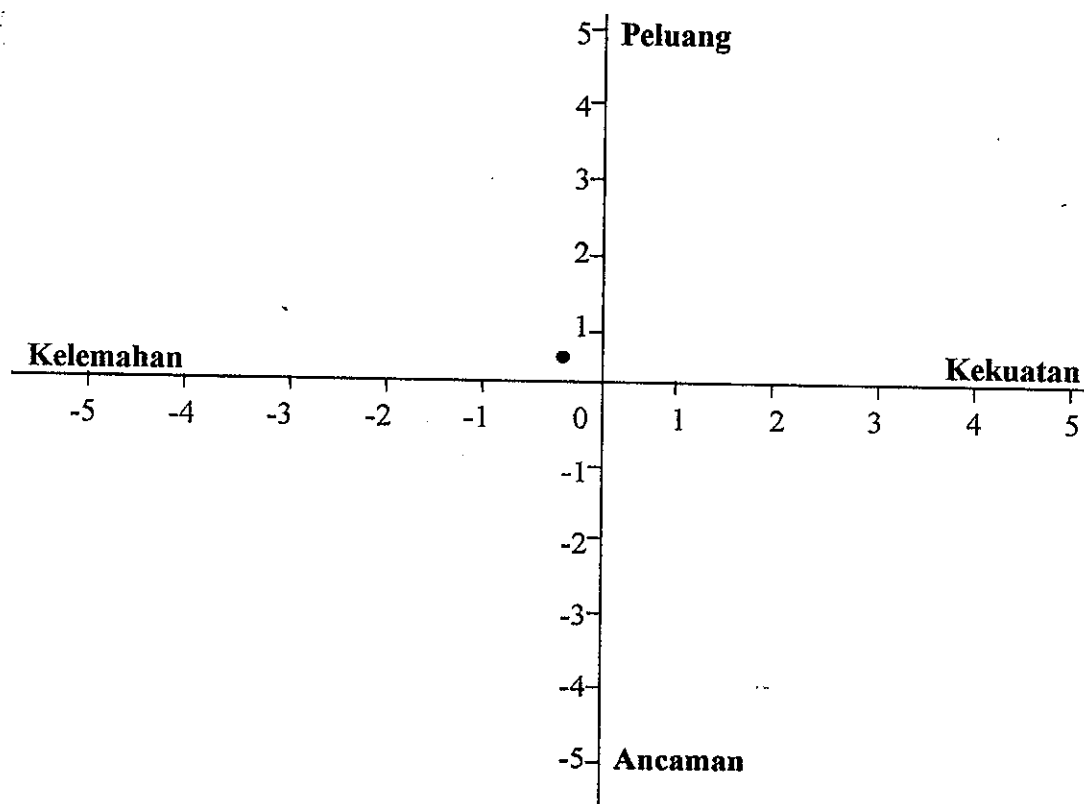
- 5 = sangat kuat sekali
 4 = sangat kuat
 3 = kuat
 2 = lemah
 1 = lemah sekali

Porto folio.

$$\text{Kelemahan} - \text{kekuatan} = 3.25 - 3.40 = -0.15.$$

$$\text{Peluang} - \text{Ancaman} = 4.0 - 3.90 = 0.10$$

Terletak di kwadran II (Kelemahan - Peluang).

**Keterangan :**

Posisi organisasi dalam gebrak malaria harus bekerja keras dalam mengatasi kelemahan dan memanfaatkan peluang yang ada (strategi *turn over*). Setelah kelemahan bisa diatasi maka kemudian dengan memakai kekuatan yang ada untuk meraih peluang yang ada.

Langkah 1.

Analisa SWOT

	Kekuatan. <ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu melakukan pemasaran sosial kepada <i>Stake Holder</i>. 2. Dukungan kualitas SDM yang cukup memadai 3. Dukungan dana dari Pemda/Donor Agency. 4. Tersedianya fasilitas/sarana yang cukup memadai 5. Organisasional/managerial (+) 6. Komunikasi/informasi 	Kelemahan <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah SDM terutama JMD kurang 2. Pencairan dana terlambat 3. Metoda pemberantasan malaria tidak sesuai SOP 4. Organisasional/managerial 5. <i>Evidence base</i> tidak optimal
Peluang. <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatian Pemkab (+) 2. Adanya kesediaan Sektor lain/Donor Agency ikut membantu penanganan malaria di Kp Laut khususnya masalah lingkungan 3. Penggerakan masyarakat dalam pengangkatan lumut 4. Pengetahuan dan sikap masyarakat cukup baik 5. Adanya komitmen <i>cross notification</i> dengan Jawa Barat 	Strategi SO <ol style="list-style-type: none"> 1. Advocacy kepada Pemkab dan Stake Holder secara berkesinambungan. 2. Peningkatan kinerja/<i>capacity building</i>. 3. Peningkatan forum komunikasi dengan sektor lain termasuk <i>Donor Agency</i>. 4. Pembersihan <i>breeding places</i> secara padat karya. 	Strategi WO. <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendekatan kepada Pemkab dalam penambahan jumlah JMD minimal 6 orang lagi. 2. Membutuhkan komitmen politis yang kuat. 3. Pengangkatan JMD serta petugas Pustu dari harian lepas menjadi pegawai Honor Daerah 4. Meningkatkan komunikasi serta frekuensi pertemuan LP/LS. 5. Pelatihan petugas 6. Menunjuk petugas khusus malaria di Kampung Laut.

Ancaman.	Strategi ST.	Strategi WT.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan daerah terisolir 2. Masyarakat merusak lingkungan 3. Masyarakat yang menjarah tambak sehingga menjadi terlantar 4. Masyarakat merusak pintu air 5. Pemakaian kelambu rendah 6. Kebiasaan masyarakat dalam proteksi (-) 7. Pemanfaatan Pustu oleh masyarakat rendah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan sosialisasi gebrak malaria 2. Meningkatkan dana operasional perahu Pustu. 3. Meningkatkan kemitraan dengan Dinas Kehutanan, Perikanan, dan PMO. 4. Meningkatkan penyuluhan khususnya pada Toma/Toga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Advocacy pada Pemkab dalam menambah jumlah JMD serta <i>rewardnya</i> yaitu dianggap menjadi pegawai honor daerah 2. Penyuluhan dengan bekerja sama dengan pihak lain. 3. Melakukan pembinaan kepada petugas secara berkala. 4. Meningkatkan forum komunikasi dengan sektor lain. 5. Melakukan perencanaan secara terpadu dalam tim gebrak malaria.

Dari analisa SWOT tersebut diatas, maka timbul isu utama (strategis) yaitu peluang-peluang yang akan/bisa ditangkap atau dimanfaatkan yaitu :

- a. Adanya komitmen politis dari Pemerintah Kabupaten Cilacap dalam memberantas malaria di Kampung Laut. Hal ini bisa dilihat adanya kucuran dana dari APBD, Satgas Malaria serta kunjungan rutin 3 bulan sekali lintas sektor ke Kampung Laut yang dikoordinir oleh Bupati Cilacap.
- b. Perubahan lingkungan akan mengakibatkan timbulnya *breeding place* nyamuk malaria. Perindukan nyamuk malaria yang sangat luas akibat

- dari tambak yang terlantar dan sawah berair payau akan memperluas *breeding places* nyamuk malaria di Kampung Laut. Tambak yang terlantar yang terkena matahari langsung akibat hutan bakau yang ditebang akan menyebabkan hidup suburnya lumut perut ayam. Bercampurnya air laut dengan air tawar menyebabkan salinitas air tambak menjadi 12 – 26 ppm yang merupakan kondisi yang optimum bagi jentik nyamuk *An. sundaicus*. Kompleksnya masalah lingkungan (*breeding places*) tidak bisa dikerjakan oleh Sektor Kesehatan sendiri, sehingga harus bermitra dengan pihak lain. Peluang yang ada adalah kesediaan sektor lain (lintas sektor, LSM, organisasi profesi, *donor agency*) untuk membantu mengatasi masalah malaria di Kampung Laut melalui program Gebrak Malaria yang dikoordinasikan oleh Bupati Kabupaten Cilacap. Untuk operasionalisasi dari Gebrak Malaria telah dibentuk Satuan Tugas Malaria secara Lintas Program dan Sektor.
- c. Pengetahuan dan sikap masyarakat Kampung Laut cukup baik untuk ikut mendukung upaya pemberantasan malaria.

Dari analisa Isu - strategis diatas, maka bisa dibuat strategi induk (*grand strategy*) sebagai berikut :

- a. Melakukan *advocacy* kepada Pembuat Keputusan maupun *Stake Holder* untuk mendukung program gebrak malaria agar terjadi perubahan kebijakan, implementasi serta perubahan perilaku organisasi dalam upaya penanggulangan penyakit malaria
- b. *Capacity building* internal sektor kesehatan dalam rangka meningkatkan cakupan maupun kualitas pelayanan khususnya dalam

pemberantasan malaria di Kampung Laut. Disamping itu juga peningkatan kemampuan pengambilan keputusan kepada petugas lini terdepan yaitu JMD dan Puskesmas.

- c. Pemberdayaan masyarakat (*social empowerment*) dengan cara melakukan komunikasi, edukasi dan informasi (KIE), pemasaran sosial, desinfo serta mengembangkan *reward system*.
- d. Dukungan sosial (*social support*) dengan melakukan kegiatan penyuluhan, loka karya, seminar dengan tujuan untuk menyebar luaskan informasi serta menciptakan iklim kondusif dalam mendukung Gebrak Malaria.
- e. Penggalangan kemitraan (*building linkages*) dengan kegiatan mengidentifikasi *Stake Holder* , membangun jejaring kemitraan yang *solid* , kerjasama, mengintegrasikan sumber daya, membuat forum komunikasi serta pertemuan berkala.
- f. Membangun mutu kemitraan yaitu artinya semua kegiatan pemerantasan malaria dilakukan dengan menstandarisasi tolok ukur keberhasilan mekanisme kemitraan serta menyusun panduan kemitraan.
- g. Desentralisasi artinya membangun kemampuan dibidang perencanaan, pengambilan keputusan, memobilisasi sumber daya serta melaksanakan strategi operasional kemitraan khusus (lintas batas kabupaten maupun propinsi).
- h. Peningkatan pembinaan teknis, pemantauan serta penilaian program.

Tolok Ukur keberhasilannya adalah tereduksinya 50 persen *breeding places* pada tahun 2010 serta menurunnya API sampai dengan 50 persen dibanding tahun 2000.

Strategi operasional Gebrak Malaria yang dijalankan sampai dengan tahun 2005 di Kampung Laut adalah :

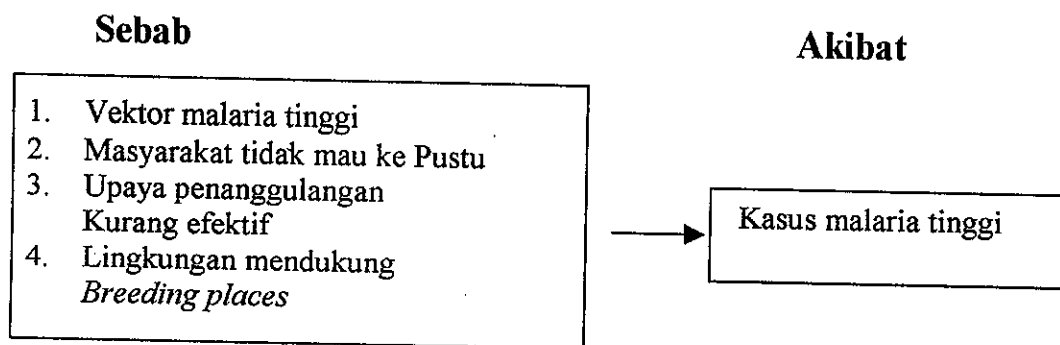
- a. Dengan melakukan *advocacy*, serta lobby kepada Bupati Cilacap agar diangkat 5 orang JMD baru untuk ditempatkan per Grumbul serta perbaikan nasib JMD untuk diangkat menjadi pegawai honor daerah (pegawai tetap daerah) disamping adanya kucuran dana khusus untuk pemberantasan malaria yang diambil dana “stand by budget” yang bisa dicairkan se-waktu-waktu.
- b. Melakukan penggalangan kemitraan dalam rehabilitasi hutan bakau, tambak udang serta sawah yang terlantar.
- c. Meningkatkan kemampuan baik teknis maupun managerial petugas baik tingkat Kabupaten, Puskesmas maupun lini terdepan (JMD) dengan cara melakukan penyegaran (*refreshing*)
- d. Melakukan notifikasi silang antar Puskesmas berbatasan , baik Jawa Tengah maupun Jawa Barat.
- e. Melakukan survailans malaria dalam rangka Sistem Kewaspadaan Dini agar tidak terjadi KLB-malaria dengan meningkatkan ACD dan PCD.
- f. Meningkatkan bimbingan dan supervisi pada setiap JMD serta melakukan spot maupun longitudinal survai dalam rangka memantau kepadatan vektor..
- g. Melakukan tes resistensi terhadap Klorokuin.

- h. Melakukan pertemuan berkala dengan *Stake Holder* dalam rangka perencanaan, pelaksanaan, pemantauan serta penilaian.

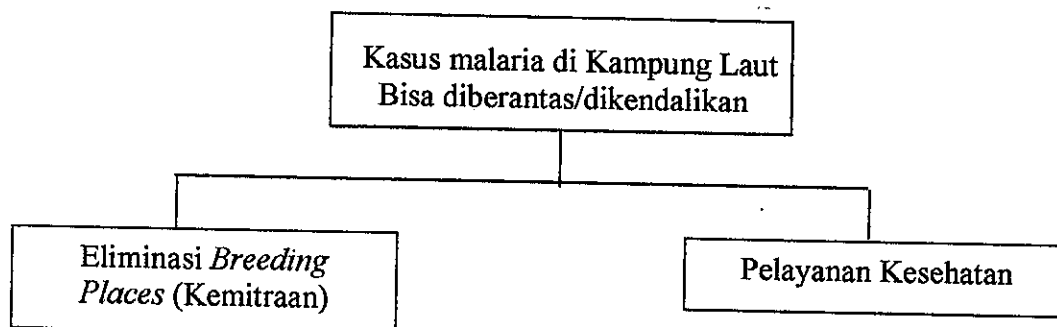
Tolok ukur keberhasilannya adalah :

- Terbentuknya JMD per-Grumbul di Kampung Laut.
- Terselenggaranya pertemuan rutin minimal 2 kali per tahun.
- Meningkatnya cakupan ACD dan PCD minimal 80 persen dari jumlah penduduk.

Langkah 2. Progress tree



Langkah 3. *Objective tree.*



Langkah 4. *Project Planning Matrix*

Rencana Kegiatan	2002	2003	2004	2005
Tk. Kabupaten.				
1. Sektor kesehatan				
- Pertemuan berkala jejaring kemitraan lintas program				
- Kampanye GM				
- Pelatihan teknis/managerial				
- Meningkatkan kualitas upaya pembr malaria				
- Monev				
2. Lintas Sektor.				
- Pertemuan berkala dengan mitra lain				
- Social marketing				
Tk. Kecamatan.				
1. Sektor kesehatan.				
- Pertemuan berkala				
- Social marketing				
- Promosi kesehatan				
- Pelatihan Kader				
- Melaksanakan upaya pembr malaria				
Tk Desa.				
- Pertemuan berkala				
- Promosi				
- Social marketing				
- Pelatihan Kader				
- Membantu upaya pembr malaria				

Langkah 5. *Logical-framework*

Tujuan Umum	Tujuan khusus	Keluaran (output)	Kegiatan
1. Membangun komitmen politis	<ul style="list-style-type: none"> - Dukungan sumber daya - Keterpaduan program 	- Mitra berkontribusi	Social marketing <ul style="list-style-type: none"> - Kampanye Gebrak Malaria - Promosi - Pertemuan - Mengkaji ulang teknis penanganan lingkungan
2. <i>Capacity building</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Advocacy kepada PemKab agar diangkat menjadi Honor Daerah - Pelatihan 5 orang JMD - Penyegaran 6 bulan sekali 	- Kualitas/kuantitas pelayanan meningkat	<ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan teknis maupun managerial petugas - Bimbingan/supervisi - Monev
3. Eliminasi breeding places	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitasi tambak 30 Ha - Rehabilitasi sawah 67 Ha 	- Transmisi malaria berkurang	<ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitasi tambak dan sawah - Mengundang Investor - Penimbunan - Penebaran predator - Pembuatan tanggul pembatas - Pengangkatan lumut - Rehabilitasi hutan bakau - Penyuluhan
4. Peningkatan Sistem Kewaspadaan Dini	- Meningkatkan ACD dan PCD minimal 80%	- Deteksi dini penularan malaria	<ul style="list-style-type: none"> - Bimbingan supervisi tentang ketepatan jadwal JMD - Pelatihan SKD

Langkah 6. Gann Chart.

Kegiatan	2002	2003	2004	2005
1. Melakukan Advocacy pada pemerintah Kab. Cilacap dan Stake Holder scr terus menerus				
2. Meningkatkan jejaring kemitraan serta forum komunikasi tentang penanganan masalah lingkungan dengan cara mengadakan pertemuan berkala				
3. Meningkatkan kualitas Dan kuantitas sumber Daya kesehatan				
4. Melengkapi sarana Surveilans malaria baik ACD maupun PCD				
5. Penelitian dan Pengembangan				
6. Bimbingan dan pemantauan				
7. Penilaian / evaluasi				

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Dari sektor kesehatan masih belum optimal dalam melaksanakan program program gebrak malaria. Keterbatasan ini disebabkan antara lain dari faktor petugas (kualitas maupun kuantitas), pendanaan, lintas program, kepatuhan standar penatalaksanaan kasus, serta adanya petugas baru yang belum berpengalaman perihal program pemberantasan malaria.
2. Gebrak malaria sejak dicanangkan tahun 2000 telah mendapatkan respons yang cukup positif oleh *Stake Holder* berupa peran bantu, dukungan serta sumber daya yang ada. Menurut catatan yang ada, setiap pertemuan gebrak malaria selalu dihadiri oleh para *Stake Holder* yang ada di Kabupaten Cilacap namun tindak lanjut dari pertemuan tersebut sulit dipantau
3. *Stake Holder* potensial yang mempunyai kontribusi yang tinggi adalah Dinas Perikanan, Pertanian, PMO serta Yayasan Bina Sejahtera, dan tidak ada yang menghambat operasionalisasi Gebrak Malaria.
4. Masing – masing *Stake Holder* telah berkontribusi di Kampung Laut sesuai dengan bidangnya, namun secara operasional sulit dipantau.
5. Masyarakat Kampung Laut mempunyai pengetahuan dan sikap yang cukup baik tentang upaya pemberantasan malaria, namun praktek atau kebiasaannya tidak mendukung yaitu tidur sampai larut malam, mencari ikan malam hari, berjudi tanpa pelindung serta tidur tidak memakai kelambu.

6. Jumlah dana serta jadwal pencairan dana dalam upaya pemberantasan malaria di Kampung Laut masih belum sesuai.
7. Sudah ada *Donor Agency* yang bersedia membantu upaya pemberantasan malaria, namun sampai saat ini belum terealisasi.

B. Saran – Saran.

1. Bagi Pemerintah Kabupaten Cilacap

- a. Agar program Gebrak Malaria ini agar dijadikan komitmen politis serta prioritas tinggi, mengingat bahwa implikasi masalah malaria membawa dampak yang luas bagi kesejahteraan masyarakat Kampung Laut. Untuk itu perlu dipikirkan peningkatan jumlah dana sesuai dengan kebutuhan serta perlu dipikirkan “dana stand by” yang bisa dicairkan sewaktu-waktu. Perlu dilakukan sosialisasi peraturan/perundangan tentang kelestarian hutan bakau yang melibatkan Dinas Kehutanan, Kejaksaan, Polri serta Departemen Agama melalui pengajian dan penyuluhan.
- b. Agar membangun serta meningkatkan upaya *advocacy* dengan mengajak *donor agency* baik dari dalam maupun luar negeri (SEARO, Rotary Club) untuk membantu pemberantasan malaria di Kampung Laut.
- c. Agar pola pengambilan setiap kebijakan pembangunan diarahkan pada pembangunan sadar lingkungan dan sadar malaria mulai dari proses perencanaan, sampai dengan penilaian. Hal ini dilakukan pada setiap pembangunan kawasan Kampung Laut dan DAS Citanduy (pertambakan, pertanian, pengerukan sungai) agar tidak terjadi *breeding places*.

- d. Meningkatkan partisipasi serta pengetahuan masyarakat Kampung Laut dalam pencegahan dan penanggulangan malaria terutama masalah perilaku/tindakan proteksi diri serta masalah lingkungan dengan cara melakukan penyuluhan secara berkesinambungan .
 - e. Melakukan monitoring dan evaluasi tentang program gebrak malaria untuk mengetahui kendala, potensi serta harapan yang ingin dicapai minimal 2 kali setahun (*midterm /formative evaluation*) untuk memantau kegiatan tindak lanjut dari setiap pertemuan Gebrak Malaria.
 - f. Perlu dipikirkan mengenai penambahan 5 JMD baru serta JMD yang sudah ada dipikirkan pengangkatan statusnya menjadi pegawai Honor Daerah
 - g. Memelihara serta meningkatkan kemitraan melalui forum komunikasi dan koordinasi dengan mengadakan pertemuan berkala paling tidak 2 kali setahun.
2. Bagi Pemerintah Propinsi Jawa Tengah agar dilakukan penyusunan Rencana Strategis Gebrak Malaria di beberapa Kabupaten endemis malaria (Purworejo, Banjarnegara, Wonosobo).
3. Bagi Sektor Dinas Kesehatan.
- a. Meningkatkan pengetahuan serta ketrampilan petugas kesehatan dengan cara penyegaran maupun *coaching* secara berkala serta diterapkannya *reward system* terutama bagi para petugas lapangan di Kampung Laut.
 - b. Meningkatkan pendidikan masyarakat tentang masalah lingkungan dan PHBS (perilaku hidup sehat dan bersih).

- c. Agar meningkatkan sistem informasi kesehatan maupun *cross notification* dengan Puskesmas Kalipucang Kabupaten Ciamis maupun Puskesmas lain yang berbatasan.
- d. Agar dilakukan uji efikasi Klorokuin bekerjasama dengan Litbangkes untuk mengetahui apakah parasit malaria di Kampung Laut masih sensitif terhadap Klorokuin.
- e. Agar dilakukan penelitian sosiologis khususnya mengenai perilaku masyarakat Kampung Laut yang bekerjasama dengan Perguruan Tinggi.
- f. Melakukan *linkage* antar program di Dinkesos Kabupaten Cilacap
- g. Pembelajaran organisasi gebrak malaria.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, *Development of Roll Back Malaria Model in Indonesia (Strategic Plan)*. Jakarta. 2000.
2. _____, *Development of Roll Back Malaria Model in Indonesia (Strategic Plan)*. Jakarta. 2000.
3. Kusnanto, Hari. *Prospek Pengendalian Penyakit Malaria di Cilacap, Jawa Tengah*. IKM-FK. UGM. Yogyakarta. 1995.
4. Departemen Kesehatan RI. *Modul Manajemen Pemberantasan Penyakit Malaria*. Ditjen PPM-PLP. Jakarta 1999.
5. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. *Laporan Tahunan 1999 dan 2000*. Dinkes Prop Jateng. Semarang . 2000.
6. Kanwil Depkes Prov Jateng. . *Kebijakan Pemberantasan Malaria di Jateng*. Kanwil Depkes Prov Jateng. Semarang. 1999.
7. World Health Organization., . *Tropical Diseases*, Geneve : WHO Report Series. TDR-CTD/HH90.1. 1990.
8. _____ . *Implementation of the Global Malaria Control Strategy*. WHO. Geneve. 1993.
9. FKM-UI. *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*. Jakarta. 1999.
10. _____ . *Metoda Evaluasi Cepat (Rapid Evaluation Method)* Jakarta 1999
11. Departemen Kesehatan RI . *Situasi Malaria di Indonesia dan Masalah Dalam Penanggulangannya*. Ditjen PPM-PLP. Jakarta. 1996 .
12. _____ . *Pedoman Pelita VI- Malaria*. Ditjen PPM-PLP. Jakarta. 1995.
13. Departemen Kesehatan RI, *Modul Epidemiologi*. Ditjen PPM PLP.Jakarta. 1999.
14. WHO-SEARO, *Roll Back Malaria Initiative* . Ditjen PPM-PLP/Depkes – Kesos RI, Jakarta. 2000.

15. ICHP. *Partnership for Health in the 21 century, 4 th*, Jakarta. 1997.
16. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pengembangan Kemitraan (Building Linkages)- Program Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular*. Ditjen PPM-PLP. Jakarta 2000.
17. Bryson. John M., *Perencanaan Strategis bagi Organisasi Sosial (terjemahan)*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta 1999.
18. Pekerti, Rudi. *Pengembangan Kebijakan Publik Untuk Pemberantasan Penyakit Malaria di Daerah*. Ditjen PPM-PLP. Jakarta. 2000.
19. Dunn, William N. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (ed-2) – terjemahan*. Gajah Mada University Press 1998.
20. Cahyono, B, T. *Managemen Strategis* . Badan Penerbit IPWI. Jakarta 1996.
21. Keban. T. *Managemen Strategis Sektor Publik*. MAP. UGM. Yogyakarta. 1997.
22. Trisnantoro. L.. *Perubahan Paradigma Pelayanan Kesehatan*. PMPK. UGM. 1998.
23. Burhan. N. *Perencanaan Strategik*. Seri Manajemen. Nomer 93. PT Pustaka Bianaman Pressindo. Jakarta. 1994.
24. Siagian. S.P. *Managemen Strategik*. Bumi Aksara. Jakarta. 1995.
24. Renke, William A. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas managemen(terjemahan)*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta 1994.
25. WHO. *Proses Managerial Untuk Pembangunan Kesehatan Nasional (terjemahan)*. Jakarta .Depkes RI. 1990.
26. Wahyudi, Sri. *Managemen Strategik, Pengantar Berfikir Strategik*. Binarupa Aksara. Jakarta. 1996.
27. Wiyono, Djoko. *Managemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. "Teori, Strategi dan Aplikasi". Airlangga University Press. Vol.1. Surabaya. 1999.
28. Kasi,SV, dan Cobb,S : *Health Behavior and Sick Role Behavior, Archives of Environmental Health*. 1966.
29. Fred,N, Kerlinger : *Asas- Asas Penelitian Behavioral (terjemahan)* edisi ke- 3. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.1993.

30. Yudith.A. Graeff dan John P.Eder : *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. (terjemahan). Gajah Mada University Press. 1996.
31. Klienman, A, Eisenberg : *Culture, Illness and Care Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research*. Annals of Internal Medicine. 1978.
32. Rogers, Everett M : *Communication Strategies for Family Planning*. The Free Press, NY. 1973.
33. Rangkuti, Freddy : *Analisis SWOT, Teknik Membedah Kasus Bisnis* PT. Gramedia. Jakarta. 2001.
34. Sutomo, Sumengen : *Rencana Strategik* . Bahan pelatihan tenaga Kesehatan. Jakarta. 2001.